



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

CONSELHO DE MINISTROS

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA

Parte I

**Componente Estratégica - Análise
de Situação**



Maputo, Novembro 2004

I.	Introdução e Antecedentes	5
II.	Conceitos e Definições	8
1.	Glossário de Acrónimos	8
2.	Definições	9
III.	Metodologia	13
IV.	Análise de Situação	15
1.	Indicadores de Medida da Doença:	15
1.1.	Taxa de Prevalência do HIV nas mulheres grávidas dos 15 – 49 anos	15
1.2.	Taxa de Prevalência do HIV entre a população adulta (15 – 49 anos).....	17
	Estimativa da Prevalência do HIV por Sexo e Idade	18
1.3.	Incidência de Infecções pelo HIV em Moçambique.....	20
1.4.	Incidência de Casos de SIDA em Moçambique.....	21
1.5.	Novos Casos de SIDA necessitando TARV em Moçambique.....	21
1.6.	Taxa de Mortalidade Proporcional (TMP) por SIDA	21
1.7.	Frequência da seropositividade entre utilizadores de GATVs,	22
1.8.	Capacidade de testagem da seropositividade ao HIV em Moçambique.....	23
2.	Aspectos médico-biológicos que facilitam a infecção:.....	23
2.1.	Biossegurança nas Unidades Sanitárias	23
	Segurança dos Utentes	23
	Segurança dos Trabalhadores de Saúde.....	25
2.2.	Funcionamento dos Bancos de Sangue.....	26
	Unidades de sangue utilizadas para transfusão.....	26
	Mecanismos de triagem dos candidatos a dadores de sangue	26
	Formação dos trabalhadores dos Bancos de Sangue no rastreio de HIV e Sífilis	27
	Biossegurança na transfusão de sangue	28
	Tipos de Testes para o HIV	28
	Prevalência de HIV, em dadores de sangue.....	28
	Número estimado de transfusões com sangue contaminado	29
	➤ HIV:	29
	➤ Sífilis:.....	29
	➤ Hepatite B e C	29
2.3.	Controlo das Infecções de Transmissão Sexual (ITSs)	29
	Disponibilidade de consultas de ITSs nas Unidades Sanitárias.....	30
	Percentagem de clínicos treinados para fazer o atendimento dos casos de ITS	30
	Taxa de cobertura por consultas de ITSs	30
	Percentagem de jovens de 15 a 19 anos que procurou tratamento entre os que reportaram ocorrência de ITS nos últimos 12 meses.....	30
	Relação de parceiros sexuais dos casos controlados nas consultas.....	31
	Qualidade dos cuidados prestados às ITSs	32
	Caracterização das ITSs:.....	32
	➤ Grau de frequência de cada um dos tipos de DTSS	32
3.	Abordagem Socio-cultural do HIV/SIDA.....	33
3.1.	Predominância da extracção rural na população moçambicana.....	33
3.2.	A concepção da sexualidade.....	34
3.3.	A concepção das Infecções Sexualmente Transmissíveis	34
3.4.	Representações de Saúde e Doença na Medicina Tradicional	35
3.5.	O conceito de HIV/SIDA e a Negação da Doença.	35
4.	Factores socio-culturais e económicos que facilitam a infecção	36
4.1.	Conhecimentos, Atitudes e Práticas.....	36
	Nível de Conhecimentos	36
	➤ Fontes de obtenção do preservativo	38

➤	Percentagem de pessoas de 15-49 de idade que identificam correctamente duas ou mais formas de prevenção do HIV	38
➤	Percentagem da população de 15-49 anos de idade que rejeita as duas concepções erradas mais comuns	38
	Atitudes e Práticas	38
➤	Idade Mediana da 1ª relação sexual em jovens (15-24 anos).....	38
➤	Parceiros sexuais.....	40
➤	Uso do preservativo	40
	Percepção de Risco.....	40
	Trabalhadoras de sexo.....	41
	Camionistas de longo curso	41
	Prisioneiros.....	42
	Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) e Parteiras Tradicionais	42
4.2.	Conteúdos Educacionais sobre HIV/SIDA nas Instituições de Formação e de Educação	43
4.3.	Factores socio-culturais que facilitam a infecção pelo HIV	43
	Poder de negociação da mulher	43
	Sexo Coercivo	44
	Práticas etnoculturais e Ritos de Purificação	44
	Ritos de iniciação e circuncisão	45
	O “Sexo Terapêutico”	45
	Uso de instrumentos cortantes e/ou perfurantes	46
	Sexo comercial.....	46
	Prática de relações homossexuais	46
	Toxicodependência	46
	Influência das lideranças comunitárias	47
4.4.	Factores económicos que condicionam comportamentos de risco e que facilitam a infecção pelo HIV e sua transmissão.....	47
	Pobreza.....	47
	➤ Pobreza absoluta.....	48
	➤ Pobreza de rendimentos.....	48
	➤ Profundidade da pobreza	49
	➤ Outras formas de pobreza	49
	Despesa mensal.....	49
	Posse de bens	50
	Proporção de pessoas que sofrem de fome	51
	Desnutrição crónica nos menores de 5 anos	51
	Desemprego, em particular na juventude, particularmente do sexo feminino	51
4.5.	Condições de vida da População:.....	52
	Condições da Habitação	52
	Condições de Saneamento do Meio	52
	Condições de Abastecimento de Água.....	53
4.6.	Locais de concentração de pessoas	53
	Natureza e tipos	53
	Características específicas, relação com a propagação do HIV/SIDA, e mapeamento geográfico.....	53
	➤ Centros de diversão	53
	➤ Entrepostos de comunicações.....	54
	➤ Brigadas e estaleiros fixos ou móveis de obras de engenharia	54
	➤ Mercados informais e “barracas” em zonas urbanas e peri-urbanas.....	55
	➤ Acampamentos de pesca artesanal.....	55
	➤ Movimentos migratórios.....	55

➤ Outros locais com características similares.....	56
4.7. Nível educacional.....	56
Taxa de analfabetismo.....	56
Taxas bruta e líquida de escolarização na educação primária	57
5. Actuação Preventiva sobre a Doença:.....	59
5.1. Actividades de IEC	59
Canais de comunicação	60
Sectores que realizam actividades de IEC	60
IEC e Distribuição do Preservativo	62
5.2. SAAJs.....	63
Objectivo dos SAAJs:	64
Número de SAAJ's e sua Localização Geográfica.....	64
Tipo de Unidade Sanitária em que se encontram	64
Tipo de Recursos humanos existentes e sua formação	66
Características dos Utentes	66
Motivação dos Utentes	66
5.3. Prevenção da transmissão Vertical (PTV).....	66
Número e localização geográfica	67
Dados estatísticos relativos ao funcionamento dos centros de PTV	67
Tipo de Unidade Sanitária em que se encontram os serviços de PTV	68
Recursos humanos e sua formação.....	68
Mobilização e aconselhamento das grávidas seropositivas	68
Taxa de cobertura das grávidas seropositivas pelo PTV	68
5.4. Posição das Confissões Religiosas.....	69
5.5. Outros Programas de Prevenção nas empresas e outras instituições	70
5.6. Actuação na Área da Prevenção das Organizações da Sociedade Civil	71
5.7. GATVs.....	72
Recursos humanos e sua formação.....	74
Acompanhamento psicológico para os conselheiros.....	74
Características dos utilizadores.....	74
➤ Distribuição por Género e grupo etário	74
➤ Distribuição por Nível Educacional.....	75
➤ Distribuição por Situação Conjugal.....	75
➤ Distribuição por Religião.....	75
Motivação dos Utentes por género	76
6. Actuação Terapêutica sobre a Doença:.....	77
6.1. Diagnóstico e Tratamento de Infecções Oportunistas (TIOs)	77
Número e Localização Geográfica dos Serviços de TIOs	77
Estatísticas Relativas aos TIOs	78
6.2. Hospitais de Dia e Cuidados Domiciliários.....	78
Número e Localização Geográfica dos HDD e CDs.....	78
Estatísticas Relativas aos HDD e CDs	79
De TARV	80
ND	80
ND	80
Recursos Humanos nos HDD	80
6.4. Tratamento com Antiretrovirais (TARV)	81
Número e Localização Geográfica dos Serviços de TARV.....	81
Número de Beneficiários de TARV em Moçambique.....	82
Percentagem de pessoas com infecção avançada recebendo terapia de ARV durante os últimos 12 meses	83
Sistema de Seguimento de Doentes em TARV	83

Suplementos Nutricionais ao TARV	84
Desafios por vencer na Implementação do TARV	84
Limitantes para a Expansão do TARV em Moçambique	84
6.5. Confidencialidade nas Unidades Sanitárias.....	84
6.6. Programas de Assistência Terapêutica aos Trabalhadores das Instituições públicas e privadas	85
Breve descrição das actividades por cada um dos sectores e instituições	86
6.7. Actuação das ONG's na área Terapêutica	86
Cabo Delgado.....	86
7. Mitigação das Consequências ao nível individual e familiar:	86
7.1. Dimensão económica do HIV/SIDA ao nível das famílias	86
Efeitos sobre as fontes de rendimento, posse e partilha de recursos.....	87
Efeitos sobre as possibilidades de escolha.....	87
7.2. Situação nutricional dos doentes e suas famílias	87
7.3. Esquemas de apoio alimentar e nutricional aos infectados e afectados pelo HIV	88
7.4. Agregados familiares chefiados por crianças e/ou idosos.....	89
7.5. Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs).....	89
7.6. Tradições comunitárias de apoio a famílias e indivíduos,.....	93
7.7. Visitas domiciliárias para apoio moral, social e psicológico	93
7.8. Actuação das Organizações da Sociedade Civil na área da Mitigação das Consequências.....	93
8. Indicadores de Impacto global:.....	94
8.1. Impacto Demográfico:	94
Órfãos de SIDA	95
8.2. Interações POBREZA, NUTRIÇÃO e HIV/SIDA	96
Desnutrição como Factor de Perpetuação da Pobreza	96
Desnutrição e HIV	100
8.3. Impacto no Sistema Educacional	100
Procura	100
Oferta.....	101
Formação de professores.....	102
Qualidade da Educação	102
8.4. Impacto a nível do Sector de Saúde.....	103
9. Direitos Humanos e HIV/SIDA.....	104
9.1 Coordenação e multi-sectorialidade na resposta nacional ao HIV/SIDA.....	104
9.2 Princípios éticos e leis que regem a Saúde Pública.....	105
9.3. Protecção das PVHS contra o estigma e a discriminação.	105
9.4. Acção legislativa, prevenção e combate ao HIV/SIDA nos centros prisionais. .	106
9.5. Criminalização das infecções intencionais	107
9.6. Acessibilidade dos cuidados e tratamento do HIV/SIDA	107
9.7. Apoio jurídico às pessoas afectadas pela pandemia do HIV/SIDA.....	108
9.8. Protecção especial às mulheres, às crianças e outros grupos vulneráveis	108
9.9. IEC e Direitos Humanos.....	108
10. Esforço financeiro em resposta ao HIV/SIDA nos últimos 4 anos.....	109
Origem e aplicações dos recursos financeiros do SE-CNCS.....	110
Origens	111
Aplicações por áreas.....	111
Aplicações por áreas e de acordo com a origem dos fundos	113
Balanço.....	114
V. Lista de Referências Bibliográficas	116

I. Introdução e Antecedentes

O primeiro caso de SIDA em Moçambique foi diagnosticado em 1986¹. Tratava-se de um cidadão estrangeiro que já vinha infectado quando entrou no nosso País.

Já em 1985 um Comité de Especialistas da OMS, reunido em Banguí, tinha feito a definição de caso clínico de SIDA em África². A Organização Mundial da Saúde passou então a recomendar aos países membros a constituição de comités nacionais de luta contra o SIDA^{3 e 4}. Nesse quadro é criado em Moçambique, em Agosto de 1986, o primeiro organismo de combate ao SIDA, com a designação de Comissão Nacional do SIDA¹. Esta Comissão ficou sediada no Instituto Nacional de Saúde (INS).

A partir de Março de 1987 e durante vários meses foi levado a cabo em várias cidades do país um inquérito sero-epidemiológico⁵, aliás, um dos primeiros jamais realizados, que detectou infecções sobretudo pelo HIV 2 (Taxa de prevalência de 2% da população estudada), mas também pelo HIV 1 (Taxa de prevalência de 1,2% da população estudada). A Cidade mais afectada era Nampula, com taxas de prevalência de 2,8% de HIV 2 e 2,2 % de HIV 1, logo seguida por Lichinga e Inhambane. Nesta última já predominava o HIV 1, do mesmo modo que em Chimoio, Quelimane e Pemba. As Cidades menos afectadas eram Pemba e Xai-Xai⁵.

Entretanto no decurso de 1987 são notificados os primeiros 5 casos clínicos em cidadãos nacionais. No período que se segue, até 1989, o número de casos duplica em cada ano, tendo em Julho de 1989 chegando ao total de 41⁵. O grupo etário mais atingido é o dos 20 aos 29 anos⁵, como sucede noutras partes do Mundo, mas as crianças também figuram de maneira significativa no total de casos arrolados, com 5 casos. Já se sabia nessa altura que estes números estavam longe de traduzir a situação real do país⁵.

Em Fevereiro de 1988, foram reorganizadas as estruturas de combate ao SIDA⁶, sendo formada no MISAU, uma Comissão Nacional de Combate ao SIDA, com 39 membros. A maior parte dos integrantes da Comissão (21 membros) é do próprio MISAU, mas conta-se também com representantes de organizações democráticas de massas, de confissões religiosas, da Cruz Vermelha (CVM), do Centro de Estudos Africanos da UEM e também de 5 Ministérios (Defesa, Interior, Educação, Justiça e Informação). Preside à Comissão o Director do INS. Pela mesma ocasião, é instituído na Direcção Nacional de Saúde do MISAU um Programa Nacional de Prevenção e Controlo do SIDA (PNPCS) donde são provenientes muitos dos membros do MISAU na referida Comissão Nacional⁶.

A Comissão teve um início de actividades promissor, pois que representou de facto a primeira abordagem multisectorial no combate ao SIDA, mas ao longo da sua existência ela nunca conseguiu um real envolvimento dos outros sectores ao nível político e estratégico.

A situação de guerra em que o país vivia, para além de um elevado número de vítimas mortais e casos de incapacitação por lesão permanente, levou ao deslocamento de povoações inteiras em busca de refúgio e segurança, quer noutras áreas do país, quer em países vizinhos. O conflito armado também causou danos materiais de vulto em todos os sectores de actividade incluindo nas infra-estruturas da Saúde. Assistiu-se então à drenagem da maior parte dos recursos disponíveis para o esforço de defesa.

Por força destas dificuldades conjunturais, o combate ao HIV/SIDA passou gradualmente a ser essencialmente responsabilidade do MISAU onde o Programa Nacional de Prevenção e Controlo do SIDA continuou a liderar o processo. De notar também que, naquela ocasião (finais da década de 80 e início dos anos 90), outros países africanos apresentavam taxas muito mais elevadas do que as que o inquérito de 1987 tinha mostrado no nosso país, pelo que o interesse das organizações internacionais e das agências de desenvolvimento se concentrava nesses países, considerando Moçambique como um problema menor.

Nesses anos o conhecimento sobre a evolução da doença não progrediu entre nós tanto quanto devia. Em 1988 foi criado o primeiro posto sentinela no Hospital Geral José Macamo, em Maputo, e, em 1994, 3 novos postos, em Chimoio, em Tete e na Beira. No ano 2000 passou a

haver 20 postos sentinela, tendo-se chegado a 36 em 2001, número que se mantém até ao presente. Só nestes últimos anos é que se passou a ter a real noção da gravidade da situação.

Entretanto, através dos órgãos de comunicação social começa-se a passar a mensagem de que a degradação da situação era devida ao regresso maciço de populações que em resultado do conflito armado se tinham refugiado nos países vizinhos, onde as taxas de seroprevalência eram altas. Muito embora esse afluxo populacional seja muito provavelmente um factor real de agravamento da situação, a forma como ele foi apresentado criou um certo espírito de tranquilidade pois acreditava-se, com o reassentamento dos regressados tudo se iriam normalizar. Não se insistiu suficientemente no facto de a infecção estar já bem instalada no país e com todas as condições para se desenvolver endogenamente.

Os estudos sobre Conhecimentos Atitudes e Práticas fazem-se no país desde 1988, mas, na sua maior parte, incidiam sobre grupos populacionais específicos ou então circunscritos a áreas geográficas limitadas. Só muito recentemente se fizeram estudos CAP à escala nacional. O que ainda não permite uma avaliação correcta pois, para isso, estudos cobrindo um mesmo universo e com metodologias padronizadas terão de repetidos a intervalos regulares (3 ou 4 anos).

Em 1993 e de novo em 1996 foram feitos estudos CAP a estudantes da UEM, que foram apresentados nas Jornadas de Saúde de 1994⁷ e 1997⁸. Estes estudos mostraram resultados alarmantes. E com a agravante de indicarem que tinha havido pouca evolução entre 1993 e 1996. A conclusão era óbvia: se os estudantes da UEM tinham um nível tão baixo de conhecimentos e se comportavam de modo tão irresponsável, como seria a nível da população em geral? Os estudos foram aplaudidos na sala de sessões, mas as suas conclusões e recomendações não tiveram muito peso como instrumentos de gestão.

É finalmente em 1999, que a liderança política do país se compenetra da gravidade do problema e decide actuar com a energia e a amplitude que a situação exige. Nesse mesmo ano, criou-se um Grupo Técnico de Apoio à Luta contra o HIV/SIDA, que compreendia, além do MISAU, outras estruturas de investigação que podiam contribuir para o melhor conhecimento da doença. Paralelamente constitui-se um outro grupo igualmente voltado para a planificação que, baseado na experiência já adquirida pelo MISAU, promove com sucesso o envolvimento de todas as estruturas da sociedade moçambicana, e todos os possíveis parceiros internacionais.

Assim nasce o Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000/2002 (PEN I)⁹. O processo de elaboração do PEN I teve pela primeira vez uma dimensão verdadeiramente nacional e envolveu um grande número de participantes (241) em representação de todos os sectores.

A aprovação do PEN I pelo Conselho de Ministros levou à criação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), com o objectivo de coordenar a implementação da estratégia nacional de combate ao HIV/SIDA. O conselho é presidido pelo Primeiro Ministro e integra os ministros dos sectores da Saúde (Vice-Presidente), das Relações Exteriores e Cooperação, da Educação, do Plano e Finanças, da Juventude e Desportos e o da Mulher e Acção Social¹⁰.

O PEN I expirou em 2002. Entretanto não foi elaborado em devida altura, um novo Plano para o período seguinte.

O presente documento, o PNCS II, vem pois responder à necessidade de assegurar a continuidade dos ciclos de planificação. O PNCS II é concebido como um Plano de médio termo e visa cobrir o horizonte temporal 2004 – 2009. Porém algumas das projecções que ele comporta estendem-se pelos próximos 10 anos.

A perspectiva de abordagem que aqui se prossegue é rigorosamente multisectorial pois o Plano abrange todos os sectores públicos e propõe-se envolver, num mesmo quadro de intervenção, a sociedade civil, o empresariado, os sindicatos, as organizações religiosas, as organizações não-governamentais e todas as parcerias que poderem ser mobilizadas, quer nacionais quer internacionais.

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – I Parte: Análise de Situação

Esta é ainda da componente estratégica do Plano, onde se identificam os grandes objectivos a atingir, se definem prioridades e se propõe, as estratégias necessárias para que esses objectivos sejam atingidos. Depois da sua aprovação superior, o PNCS deverá ser complementado com os planos operacionais – de sector e provinciais – que se mostrarem necessários.

Em suma, trata-se de um Plano concebido para conduzir à acção.

II. Conceitos e Definições

Num documento desta índole é sempre conveniente fazer um Glossário de Acrónimos e é igualmente útil definir alguns dos conceitos que serão utilizados, pois alguns termos e conceitos são utilizados com diferentes significados por diferentes autores.

Para evitar essas dificuldades de interpretação ou ambiguidades quanto ao significado dos termos e conceitos utilizados, achámos por bem de, desde o início, clarificar significando dos termos e conceitos que serão utilizados.

1. Glossário de Acrónimos

ANE	– Administração Nacional de Estradas
ARVs	– Medicamentos Antiretrovirais
ATV	– Aconselhamento e Testagem Voluntária para doentes internados
CAP	– Conhecimentos, Atitudes e Práticas
CDs	– Cuidados Domiciliários
CIADAJ	– Comité Intersectorial de Apoio ao Desenvolvimento de Adolescentes e Jovens
CNCS	– Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
COVs	– Crianças Órfãs e Vulneráveis
CS	– Centro de Saúde
CVM	– Cruz Vermelha de Moçambique
DNS	– Direcção Nacional de Saúde
EP1	– Ensino Primário (1.a à 5.a classe)
EP2	– Ensino Primário (6.a e 7.a classe)
ESG	– Ensino Secundário Geral
FAO	– Organização das Nações Unidas para a Agricultura e a Alimentação
FDC	– Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FNUAP	– Fundo das Nações Unidas para a População
GAT	– Gabinete de Aconselhamento e Testagem nos Hospitais
GATV	– Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
GATV/Satélite	– GATV anexo a outros serviços
GDF	– Grupos de discussão focal
HDD	– Hospitais de Dia
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana (Human Immunodeficiency Virus)
HR	– Hospital Rural
HP	– Hospital Provincial
IEC	– Informação, Educação e Comunicação
IMAP	– Instituto Médio de Aperfeiçoamento de Professores
INS	– Instituto Nacional de Saúde
ITs	– Infecções de Transmissão Sexual
MADER	– Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural
MESCT	– Ministério do Ensino Superior, Ciência e Tecnologia
MICOA	– Ministério da Coordenação da Acção Ambiental
MIDEF	– Ministério da Defesa
MIJUS	– Ministério da Justiça
MIMCAS	– Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social
MINED	– Ministério da Educação

- MINT** – Ministério do Interior
- MIREME** – Ministério dos Recursos Minerais e Energia
- MISAU** – Ministério da Saúde
- MITRAB** – Ministério do Trabalho
- MJD** – Ministério da Juventude e Desportos
- MOPH** – Ministério das Obras Públicas e Habitação
- MTC** – Ministério dos Transportes e Comunicações
- NPCSs** – Núcleos Provinciais de Combate ao SIDA
- NVP** – Niverapina
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONUSIDA** – Programa das Nações Unidas para o SIDA
- PaT** – Parteira Tradicional
- PEN I** – Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000-2002
- PMA** – Programa Mundial da Alimentação
- PMT** – Praticante de Medicina Tradicional
- PNC-ITS/SIDA** – Programa Nacional de Controlo das Infecções de Transmissão Sexual e SIDA
- PNTL** – Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Lepra
- PNUD** – Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
- PsS** – Postos Sentinela
- PTV** – Programa de Transmissão Vertical
- PVHS** – Pessoas Vivendo com HIV
- RI** – Rede Integrada de serviços de combate ao HIV/SIDA
- SAAJs** – Serviços Amigos dos Jovens e Adolescentes
- SIDA** – Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
- SMI** – Saúde Materno Infantil
- SSR** – Saúde Sexual e Reprodutiva
- TARV** – Tratamento Antiretroviral
- TBE** – Taxa bruta de escolarização
- TIO** – Tratamento de Infecções Oportunistas
- TLE** – Taxa líquida de escolarização
- TME** – Taxa de Mortalidade Específica
- TMP** – Taxa de Mortalidade Proporcional
- UEM** – Universidade Eduardo Mondlane
- UNESCO** – Organização das Nações Unidas para a Educação Ciência e Cultura
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a Infância
- VE** – Vigilância Epidemiológica

2. Definições

Sempre que para um termo ou conceito haja uma definição claramente recomendada pela Organização Mundial da Saúde, será essa a utilizada neste Proposta de «Componente Estratégica dum Plano de Nacional Multi-sectorial de Combate ao SIDA». Serão também utilizadas outras referências internacionais, como os Glossários do UNAIDS, do FNUAP e do IPPF, entre outras.

Adolescência

Período de transição entre a puberdade e a idade adulta^{11 e 12}

Adolescente

Indivíduo com idade compreendida entre os 10 e 19 anos de idade^{11 e 12}

Agregado familiar

Uma ou mais pessoas ligadas ou não por laços de parentesco que vivem na mesma casa, em comunhão de mesa, e partilham a maior parte das despesas da casa. O termo família também é utilizado no sentido de «agregado familiar».

Baixa Altura para a Idade

Indicador que reflecte uma situação de desnutrição passada. Ver «Desnutrição crónica».

Desnutrição crónica

Consideram-se com desnutrição crónica as crianças de 0 a 59 meses que tenham um índice de altura por idade inferior a 2 desvios padrões (DP) dos valores de uma população de referência, considerada bem nutrida. Segundo as recomendações da OMS utiliza-se como população de referência a que foi definida pelo CDC (Centro de Controle de Doenças de Atlanta, nos Estados Unidos da América) e NCHS (Centro Nacional de Estatística de Saúde dos Estados Unidos da América). Um índice de altura para a idade inferior a 3 DP indica Desnutrição crónica grave.

Direitos sexuais

Direito de ter controle sobre a sua sexualidade, incluindo saúde sexual e reprodutiva e de tomar decisões livres de coerção, discriminação e violência. O que significa direito de consentir e partilhar responsabilidades sobre o comportamento sexual e suas consequências.

Estudos CAP

Estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas que devem ser repetidos periodicamente.

Estratégias de Saúde

Conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objectivo minimizando, assim um ou mais problemas de Saúde^{14 e 15}. De forma mais simples pode dizer-se que, a selecção de estratégias é a determinação do caminho e dos meios que serão utilizados (**COMO**) para atingir os objectivos. Isto poderá implicar a fixação de objectivos específicos e das respectivas metas específicas, em função da estratégia escolhida.

Família

Ver Agregado Familiar.

GATV

Serviço disponível nas Unidades Sanitárias, para todas as pessoas que necessitam receber aconselhamento sobre ITSs e o HIV/SIDA e que queiram fazer o teste para conhecer o seu estado de seropositividade em relação ao HIV.

Habilidade para a vida

Capacidade de comportamento adaptável e positivo baseada em competências psicossociais e habilidades interpessoais que ajudam as pessoas a tomarem decisões informadas e a comunicarem-se com eficiência.

Idade Mediana da primeira relação sexual

Idade na qual 50% dos entrevistados de ambos os sexos tiveram a sua primeira relação com penetração.

Incidência¹³

É uma medida de frequência da doença, e representa o número de casos novos de uma doença, ocorridos ao longo de um determinado período de tempo (em geral um ano), numa determinada população. Para que a incidência dum determinado grupo populacional, seja comparável à de um outro grupo, esta tem que ser expressa como uma Taxa de incidência, a qual relaciona o número de novos casos da doença à população média nesse mesmo período de tempo.

Jovem

Indivíduo com idade compreendida entre os 15 e 24 anos de idade^{11 e 12}

Linha de Pobreza alimentar

É o custo necessário para cobrir os mínimos requisitos calóricos. Exprime-se em termos de valor monetário, por pessoa, por dia.

Linha de pobreza não alimentar

É o custo que as famílias que mal conseguem satisfazer as suas necessidades alimentares despendem em produtos não alimentares.

Linha de pobreza total

É a soma da linha de pobreza alimentar e a linha de pobreza não alimentar.

Objectivo

O estabelecimento de objectivos, em relação aos problemas achados prioritários, exige, antes de mais, a determinação da evolução natural dos problemas e da respectiva tendência. O objectivo é, assim, o enunciado do resultado desejável do problema, alterando a tendência natural da sua evolução^{14 e 15}.

Pobreza

Incapacidade dos indivíduos de assegurar para si e os seus dependentes um conjunto de condições básicas mínimas para a sua subsistência e bem estar, segundo as normas da sociedade¹⁶.

Pobreza absoluta

Falta de rendimentos necessários para satisfazer necessidades alimentares básicas ou requisitos calóricos mínimos¹⁶.

Prevalência¹³

É uma medida de frequência da doença, e representa o número total de casos de uma doença, existentes em simultâneo, num determinado período de tempo e numa determinada população. Para que esta medida possa ser comparada entre grupos populacionais distintos, ela deve ser expressa em termos de Taxa, que relaciona o número total de casos duma doença, num determinado momento bem preciso e o número médio de habitantes nesse momento.

Rede Integrada

Conjunto de serviços de combate ao HIV/SIDA, que engloba o PTV, GATV, Hospital de Dia, SAAJ e os Cuidados Domiciliários.

Sexo seguro

Qualquer prática sexual que tem como objectivo reduzir o risco de gravidez indesejada e de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

Sexualidade

O conhecimento, as crenças, os valores, atitudes e comportamentos sexuais dos indivíduos. As suas dimensões incluem não apenas, anatomia, fisiologia ou bioquímica, mas também factores como identidades, papéis, personalidade, pensamentos, sentimentos relacionamentos. A expressão da sexualidade é influenciada por questões éticas, espirituais, culturais e morais.

Segurança Alimentar

«Acesso físico e económico, de todos os indivíduos, em todas as alturas, à alimentação suficiente, para poder sustentar uma vida activa e saudável. Há 3 dimensões implícitas neste conceito: disponibilidade, acesso e utilização dos alimentos»¹⁷.

Suplementos ou Rações Alimentares

Conjunto de produtos alimentares, que fazem parte da dieta tradicional da população, distribuídos a certos grupos populacionais (grupos alvo) para minimizar as suas dificuldades (temporárias ou permanentes) de acesso a produtos alimentares, pelas mais diversas razões¹⁸.

Suplementos Nutricionais

Substâncias nutricionais, que não fazem parte da dieta tradicional da população, distribuídas a certos grupos populacionais (grupos alvo), para suplementar a alimentação habitual e com a finalidade de prevenir carências nutricionais proteico-calóricas ou de micronutrientes ou com finalidade de terapêutica ou de reabilitação nutricionais¹⁸.

Subsídios Alimentares

Montantes em dinheiro, atribuídos a pessoas carentes, para que elas possam satisfazer as suas necessidades alimentares e as das suas famílias¹⁸.

Tabu

O termo tabu refere-se, geralmente a uma *restrição* ou *proibição ritual*. O tabu é, segundo estudos sócio-antropológicos um culto negativo, portanto um *interdito*. O tabu, visto num contexto de isolamento cultural, teria a função positiva de estabelecer e reforçar os valores sociais. Neste sentido, tabus, nada mais são do que uma série de *regras socializadas* para impedir os indivíduos de cometerem actos para os quais têm uma forte inclinação inconsciente.

Taxa de Analfabetismo

Proporção de pessoas de 15 anos e mais que não sabem ler nem escrever

Taxa bruta de escolarização

É a proporção entre o total de alunos frequentando o EP1 e a população do grupo etário oficial para frequentar o EP1 (6 aos 10 anos)¹⁹.

Taxa líquida de escolarização

Mede a proporção entre o total de alunos que frequentam o EP1 e que têm a idade oficial para frequentar o EP1 (6 aos 10 anos) e a população desse mesmo grupo etário¹⁹.

Taxa de Prevalência Ponderada

É a taxa de prevalência calculada tendo em conta o tamanho da população. Ou seja, se se conhece a taxa de prevalência dum determinado distrito, o tamanho da população desse distrito, determina o peso da contribuição desse distrito para a prevalência da província respectiva, e assim sucessivamente, até ao nível do país. No caso de Moçambique, não se conhecem as prevalências distritais, mas assume-se que a prevalência dum determinado Posto Sentinela, representa a prevalência desse distrito.

Taxa de Letalidade

Consiste na proporção de casos dum doença que terminam pela morte do doente, num determinado período de tempo e traduz a gravidade dessa mesma doença.

Taxa de Mortalidade Específica

Consiste na proporção de pessoas da população geral (população em risco ou população dum grupo etário), que morrem vítimas dessa mesma doença, num determinado período de tempo e traduz a dimensão do problema que essa doença representa nessa população¹³.

Taxa de Mortalidade Proporcional¹³

Relação entre o número de óbitos por uma determinada causa, numa determinada população, num determinado período de tempo, e o número de óbitos, por todas as causas, nessa mesma população, no mesmo período de tempo. Quando medida em ambiente hospitalar chama-se Taxa de Mortalidade Proporcional Hospitalar.

III. Metodologia

Para realizar esta proposta da componente estratégica do plano nacional de combate ao HIV/SIDA, nas condições indicadas nos Termos de Referência, a equipa de consultores procedeu a uma ampla pesquisa documental tendo compulsado para a elaboração dos diferentes capítulos os trabalhos indicados na Lista de Referências e outros de carácter mais geral que não mereceram uma referência expressa no texto. A pesquisa comportou uma busca de informação através da Internet e, no país, nas mais diversas instituições e Centros de Documentação, mas beneficiou igualmente da colaboração de inúmeras entidades nacionais e internacionais que espontaneamente ou por solicitação, forneceram informação sobre forma impressa ou digital.

A equipa entrevistou membros do Conselho de Ministros e outros altos dirigentes dos Órgãos Centrais do Aparelho de Estado. Particular destaque merece a audiência concedida por SExa. a Primeira Ministra e Ministra do Plano – também Presidente por inerência do Conselho Nacional de Combate ao SIDA.

Foram também entrevistados outros dirigentes, pontos focais HIV/SIDA e técnicos de todos os Ministérios e outros Órgãos Centrais do Aparelho de Estado, dirigentes de ONGs e de outras organizações da Sociedade Civil, representantes e outros altos dirigentes e funcionários de Agências de Cooperação: Organizações Internacionais, Agências de Cooperação bilateral e ONG's internacionais.

Para a condução de todas estas entrevistas, foram feitos guiões personalizados, para cada um dos entrevistados. Alguns dos entrevistados acederam gentilmente em receber a equipa mais do que uma vez, ao longo do processo de preparação deste Plano.

Para rentabilização do escasso tempo disponível, algumas destas entrevistas e trocas de impressões foram conduzidas colectivamente. Assim os Chefes de Agências das Nações Unidas dispuseram-se a participar em reuniões onde se fizeram frutuosas trocas de informações. O mesmo sucedeu com os restantes membros do «Partners Forum», uma vez que também realizámos várias reuniões, a nível deste órgão de coordenação e consulta. A colaboração de todos foi preciosa.

A equipa de consultores promoveu igualmente reuniões com ONGs, nacionais e internacionais, e com outras organizações da Sociedade Civil para colher as suas posições e os seus conselhos e sugestões.

A pedido da equipa de consultores muitos dos nossos parceiros nacionais e internacionais elaboraram e forneceram documentos síntese sobre as suas actividades e sobre níveis e áreas de financiamento, mas igualmente submeteram contribuições escritas com propostas de objectivos a atingir e estratégias a privilegiar. Estas contribuições deram-nos indicações extremamente úteis para o aprofundamento do nosso trabalho.

Para um processo de consulta mais sistematizado foi constituído um Comité de Acompanhamento com cerca de 40 membros, compreendendo representantes de Ministérios e outros Órgãos Centrais do Aparelho de Estado, Representantes qualificados dos parceiros Internacionais, ONG's, organizações religiosas, sindicatos e outras organizações da Sociedade Civil. Este Comité reuniu-se 2 vezes ao longo do processo de elaboração da Componente Estratégica deste Plano para examinar e fazer comentários, críticas e sugestões sobre as diversas etapas deste processo e sobre os documentos parcelares que foram surgindo ao longo do processo.

Finalmente realizou-se em Maputo, um «Fórum de Concertação» de 2 dias, com os representantes das províncias, que teve por finalidades principais a recolha das contribuições de responsáveis provinciais. Neste Fórum participaram também os Membros do Comité de Acompanhamento e outros convidados.

Outra das formas de envolvimento das Províncias foi através do pedido aos Senhores Governadores Provinciais, para que os Núcleos Provinciais de Combate ao HIV/SIDA, com o apoio de outras estruturas provinciais elaborassem relatórios, para os quais foi proposto um

guião. As províncias foram também chamadas a dar parecer sobre os documentos parcelares que a equipa de consultores foi produzindo.

Para a elaboração da análise institucional e organizativa do Secretariado Executivo do CNCS, realizaram-se entrevistas de todo o seu pessoal sénior, que também nos forneceu toda a documentação que lhe foi pedida e apoiou permanentemente o trabalho da equipa. Aproveitou-se a oportunidade do «Fórum de Concertação» para também entrevistar os quadros superiores dos Núcleos Provinciais de Combate ao SIDA.

Entre as entidades entrevistadas individualmente, as que foram entrevistadas colectivamente, as que nos enviaram por escrito o seu contributo, as integrantes dos órgãos de acompanhamento e as que participaram nas várias reuniões levadas a efeito, a equipa manteve contacto com mais de 600 pessoas – bem representativas dos principais actores, a nível nacional, e das principais parcerias no esforço de combate à epidemia.

Embora o prazo para a conclusão do trabalho fosse extremamente limitante, a equipa de consultores visitou algumas ONG's e actividades em curso no terreno nomeadamente GATV's e a um Serviço de PTV.

O trabalho da equipa de consultores compreendeu 4 fases principais:

- 1) Elaboração da análise de situação,
- 2) Formulação dos objectivos gerais e definição das prioridades,
- 3) Selecção e descrição das estratégias, o que implicou a formulação de objectivos específicos em função dessas estratégias e
- 4) Elaboração do sistema de monitorização e avaliação, formulação das recomendações sobre as implicações institucionais e organizacionais do Plano.

No decurso deste processo, produziram-se documentos preliminares, que foram sujeitos a análise e discussão com todas as partes envolvidas e, na base dos contributos recebidos, produziu-se a versão definitiva.

A da equipa de consultores teve a preocupação de formular objectivos claramente definidos e, tanto quanto possível quantificados e mensuráveis, fixando algumas metas. Tivemos por imprescindível garantir que o novo Plano incorporasse as lições colhidas por todos parceiros e colaboradores ao longo do exercício precedente e as melhores práticas nacionais e internacionais.

Todo este trabalho foi feito no estrito respeito pelas disposições do Decreto 10/2000, de 24 de Maio¹⁰, que criou o CNCS e que adoptou a abordagem multissetorial na luta contra o HIV/SIDA.

A perspectiva de género esteve também sempre presente ao longo de todo este processo de planificação.

IV. Análise de Situação

Foi dada a maior importância à **ANÁLISE DE SITUAÇÃO**, que se pretendeu que fosse o mais rigorosa, abrangente e exaustiva possível. Ela comporta 15 secções que a seguir se descrevem:

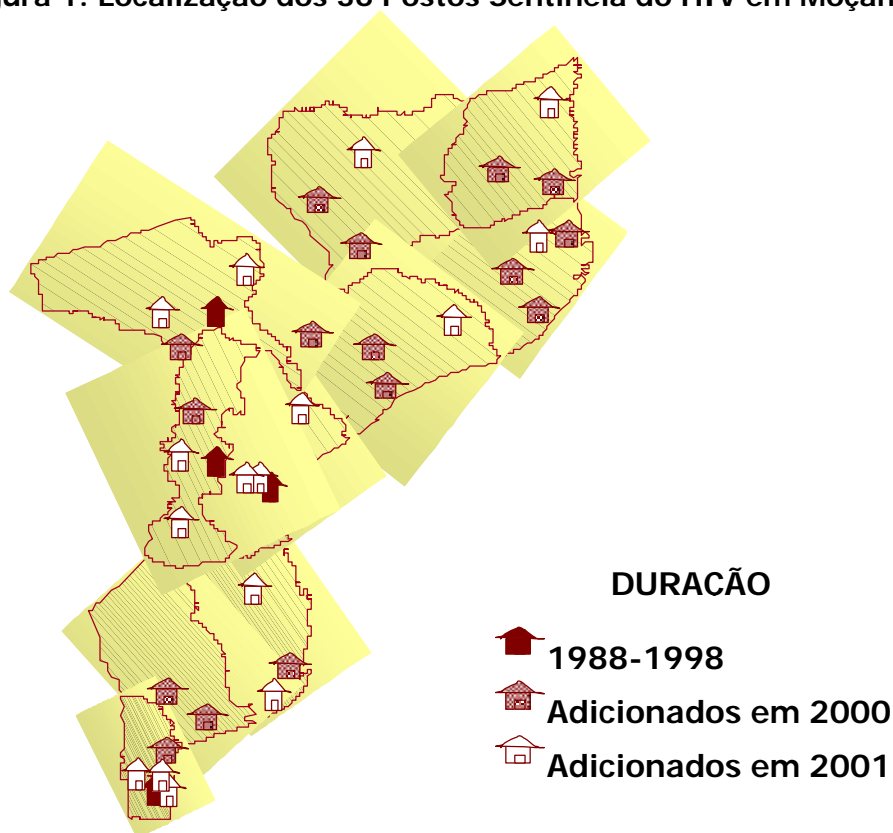
1. Indicadores de Medida da Doença:

Em Moçambique, a notificação das ITS/SIDA faz-se de duas formas, designadamente, a passiva (em unidades sanitárias) e a activa (Vigilância Sentinela do HIV em Mulheres Grávidas)²⁰. Na forma passiva, todas as unidades sanitárias devem notificar mensalmente, as ITS/SIDA para o nível distrital, deste para o provincial, o qual finalmente reporta para o PNC-DTS/SIDA em Maputo²¹. Contudo, comparando o total de casos de SIDA notificados por esta via, com o total esperado, segundo estimativas obtidas através da forma activa, constata-se que o sistema de notificação passiva, apenas capta cerca de 9% do número real de casos de SIDA²². Por esta razão, para fins programáticos, usam-se as estimativas de prevalência obtidas pela forma activa que a seguir se descrevem.

1.1. Taxa de Prevalência do HIV nas mulheres grávidas dos 15 – 49 anos

Através de um sistema de vigilância epidemiológica (VE), estabelecido em 1988, em unidades sanitárias seleccionadas, designadas por Postos Sentinela (PsS), o Programa Nacional de Controlo das DTS/HIV/SIDA (PNC-DTS/SIDA), tem vindo a medir as prevalências do HIV ao longo do tempo. Os dados são colhidos em mulheres grávidas que se apresentam consecutivamente na sua primeira consulta pré-natal²⁰. Estas taxas são consideradas representativas da população adulta de 15-49 anos de idade²³ e, por isso, servem de base para estimar as prevalências provinciais e nacional do HIV²⁴ e o impacto demográfico do HIV/SIDA no país²⁵.

Figura 1: Localização dos 36 Postos Sentinela do HIV em Moçambique



A tabela 1, mostra a evolução das prevalências do HIV nas últimas 3 Rondas de VE nos 36 PsS de HIV em Moçambique. Nesta tabela, pode-se observar que dentre os 20 PsS mais antigos, (que já se encontravam a funcionar no ano 2000), a maior parte, mostra uma

prevalência do HIV ainda em franco crescimento, enquanto que só 8 desses PsS tem vindo a mostrar uma certa oscilação ao longo do tempo.

Tabela 1: Taxas de Prevalência do HIV em Mulheres Grávidas nos 36 PsS, Moçambique, (Adaptado de²⁴)

Localização do PS			Prevalência por Ano de Ronda			Tendência das prevalências
Provincia	Distrito	Posto Sentinela	2000	2001	2002	
Cid. Maputo	Distrito Urbano no 2	C.S. José Macamo	13,0%	14,0%	18,0%	Crescente
Cid. Maputo	Distrito Urbano no 2	C.S. Xipamanine		17,4%	16,0%	
Cid. Maputo	Distrito Urbano no 4	C.S. 1º de Junho		15,3%	17,7%	
Maputo Prov.	Manhiça	C.S. Manhiça	15,7%	15,0%	14,7%	Estável/Oscilante
Maputo Prov.	Namaacha	C.S. Namaacha		16,7%	21,0%	
Gaza	Xai-Xai Cidade	C.S. Xai-Xai	18,3%	19,7%	23,7%	Crescente
Gaza	Chókwè	C.S. Chókwé	15,1%	19,3%	22,0%	Crescente
Inhambane	Maxixe	C.S. Maxixe	8,0%	6,0%	9,7%	Estável/Oscilante (*)
Inhambane	Zavala	C.S. Zavala		5,7%	4,7%	
Inhambane	Mabote	C.S. Mabote		15,1%	12,7%	
Zambézia	Quelimane	C.S. 24 de Julho	16,7%	22,0%	25,0%	Crescente
Zambézia	Mocuba	H. R. Mocuba	10,0%	14,7%	14,0%	Crescente(*)
Zambézia	Milange	H.R. Milange	19,0%	18,3%	14,0%	Decrescente
Zambézia	Alto Molócuè	H.R. Alto Molócuè		5,0%	6,7%	
Sofala	Beira	C.S. Ponta-Gêa	31,2%	27,3%	35,7%	Estável/Oscilante (*)
Sofala	Beira	C.S. Chingussura		21,7%	29,3%	
Sofala	Beira	C.S. Munhava		27,0%	27,0%	
Sofala	Caia	H.R. Caia		7,7%	12,0%	
Manica	Bárue	H.R. Catandica	10,7%	10,0%	16,7%	Crescente
Manica	Chimoio	C.S. E. Mondlane	24,7%	23,7%	24,3%	Estável/Oscilante
Manica	Manica	H.R. Vila Manica		14,7%	21,0%	
Manica	Mossurize	H.R. Espungabera		9,0%	10,3%	
Tete	Tete Cidade	C.S. No. 3 (C.Tete)	22,3%	17,4%	21,7%	Estável/Oscilante
Tete	Changara	C.S. Changara	18,5%	20,0%	13,3%	Estável/Oscilante (*)
Tete	Angónia	H.R. Ulónguè		11,3%	11,0%	
Tete	Magoé	C.S. Magoé		14,4%	12,3%	
Niassa	Mandimba	C.S. Mandimba	5,3%	6,3%	14,3%	Crescente
Niassa	Cuamba	H.R. Cuamba	10,4%	5,7%	10,3%	Estável/Oscilante
Niassa	Mavago	C.S. Mavago		2,0%	3,7%	
Nampula	Nampula Cidade	C.S. 25 Setembro	5,0%	11,0%	11,7%	Crescente
Nampula	Nacala-Porto	H.G. Nacala	5,0%	6,7%	8,0%	Crescente
Nampula	Angoche	H.R. Angoche	4,0%	5,0%	7,0%	Crescente
Nampula	Erati	C.S. Erati- Namapa		7,7%	7,0%	
Cabo Delgado	Pemba Cidade	C.S. Pemba (Natite)	8,7%	9,7%	11,3%	Crescente
Cabo Delgado	Montepuez	H.R. Montepuez	6,3%	3,3%	4,7%	Estável/Oscilante
Cabo Delgado	Mocimboa da Praia	H.R. Mocimboa da Praia		5,7%	8,7%	

(*) Tendência pouco clara,

Prev. - Prevalência

Estas oscilações predominam em PsS das províncias localizadas entre os rios Save e Zambeze, facto que reforça a hipótese que vem sendo considerada desde a Ronda 2001, segundo a qual, nesta zona, a epidemia é a mais antiga do país, estando presentemente, a alcançar a sua fase "madura", o "plateau", particularmente na província de Tete.

Nesta mesma tabela, importa realçar que os PsS localizados na capitais provinciais, tendem a ostentar os picos das prevalências das províncias respectivas. Este achado, concorda com a recente publicação²⁶, do Centro dos Estudos Populacionais, segundo a qual, as actuais taxas de prevalência ponderada do HIV, em Moçambique, podem estar sobrestimadas pelo facto dos PsS estarem localizados maioritariamente em zonas urbanas. Todavia, esta conclusão é discutível, pelo simples facto, do estatuto de zona urbana, ostentado por muitas vilas Moçambicanas, ser igualmente muito discutível.

1.2. Taxa de Prevalência do HIV entre a população adulta (15 – 49 anos)

A taxa de prevalência ponderada nacional do HIV em adultos, (15 – 49 anos), estimada com base nos dados dos PsS, no ano 2002, foi de 13,6%²⁴. Contudo, por ser ponderada, esta taxa deve ser interpretada com cuidado; pois, ela é fortemente influenciada pelas taxas de prevalência relativamente mais baixas nas duas províncias mais populosas²⁷ do país. Com efeito, conforme se pode ver na tabela 2*, a maior parte das províncias apresentava taxas de prevalência ponderada, muito acima da “média” nacional, chegando a atingir, níveis tão assustadores como o de Sofala, 26%, o que significa, que em 2002, dos cerca de 1.500.000 habitantes desta província, cerca de 400.000 já estavam infectados, ou ainda que, em 2002, em cada 4 adultos de 15-49 anos de idade, desta província, pelo menos um já estava infectado. Esta análise mostra que, mesmo as províncias com taxas de prevalência do HIV, relativamente baixas, como as de Nampula e Zambézia, o número absoluto de seropositivos nas duas províncias combinadas, já rondava os 700.000 no ano 2002.

Tabela 2: Taxas Ponderadas de Prevalência do HIV em adultos (15 - 49 anos) por província, região e Nacional, em 2002
(Adaptado de²⁴)

Províncias	Prevalência (%)
Maputo Cidade	17,3%
Maputo Província	17,4%
Gaza	16,4%
Inhambane	8,6%
Sofala	26,5%
Manica	19,0%
Tete	14,2%
Zambézia	12,5%
Niassa	11,1%
Nampula	8,1%
Cabo Delgado	7,5%
País	13,6%

Estima-se que em 2004, existam em Moçambique, cerca de 1.500.000 pessoas vivendo com o HIV/SIDA; sendo 60%, mulheres e os restantes 40%, homens.

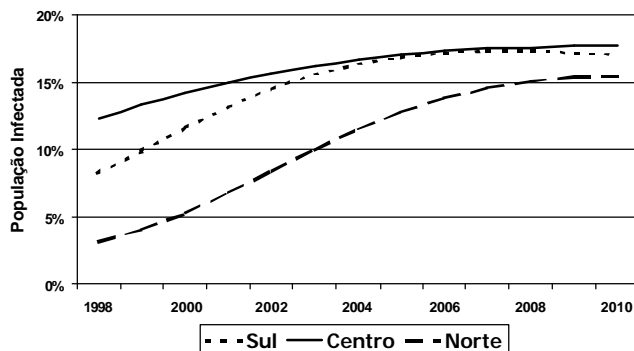
As projecções da evolução da epidemia do HIV/SIDA em Moçambique, indicam que, se o padrão histórico da evolução se mantivesse, sem intervenção imediata e eficaz, a epidemia continuaria a crescer até ao ano 2009, altura em que se iria estabilizar em torno dos 17%, como resultado de se ter atingido um equilíbrio entre infecções pelo HIV e mortalidade por SIDA; ou seja, altura em que o número de óbitos diários passaria a igualar-se ao de novas infecções diárias.

A nível regional**, as projecções mostram diferentes padrões de crescimento conforme ilustra a Figura 2.

* Esta Ponderação faz-se com base em dados colhidos em Postos Sentinela, em mulheres grávidas, dos 15-49 anos de idade. Tem sido demonstrado em inquéritos populacionais em países com características similares às de Moçambique, que as taxas de prevalência do HIV neste grupo da população são representativas das da população adulta em geral (dos 15-49 anos de idade).

** Por escassez de dados de evolução histórica, e pelo facto de, a epidemia ainda não ter alcançado a fase de maturação, na maioria das províncias do país, as projecções provinciais produziram resultados pouco fiáveis. Por esta razão, as projecções são feitas por regiões, nomeadamente, Sul, incluindo, (Maputo Província e Cidade, Gaza e Inhambane), Centro, incluindo, (Sofala, Manica, Tete e Zambézia) e finalmente, Norte, incluindo, (Nampula, Cabo Delgado e Niassa).

Figura 2: Projecção da Prevalência do HIV em Adultos (15 - 49 anos), por regiões



Conforme a Figura 2²⁵, a região Centro “como um todo” tem vindo a conhecer um crescimento rápido da epidemia, e prevê-se que a partir de 2005 ou 2006 atinja a fase de maturação ou estabilidade em torno de 17 ou 18%, sobretudo na Província de Tete, isto caso não sejam implementadas e/ou reforçadas medidas eficazes de prevenção da transmissão do HIV nessa região.

Uma análise mais detalhada da evolução das prevalências dos PsS

desta região sugere um mosaico de tendências da epidemia (Tabela 1), com algumas províncias, mostrando um padrão compatível com a fase madura da epidemia, umas requerendo mais tempo de observação e finalmente uma, a da Zambézia, aparentando estar ainda em franco crescimento.

Na mesma figura, a região Sul, mostra actualmente, um ritmo de crescimento mais rápido, que o do Centro, prevendo-se que, caso medidas preventivas eficazes não sejam implementadas, a epidemia nesta região continue a crescer até atingir a sua fase de maturação em torno de 17%, por volta do ano 2006 ou 2007.

Finalmente, a região Norte²⁵ com pouca informação histórica antes do ano 2000, apresenta o menos elevado nível de prevalência do país. Contudo, igualmente, caso medidas preventivas eficazes não sejam implementadas, prevê-se que a epidemia nesta região continue a registar um rápido crescimento, até por volta do ano 2009-2010, altura em que tenderá a atingir a sua fase de maturação em torno de 15%. De salientar que as projecções de prevalência nesta região poderão sofrer variações no futuro à medida que mais informação for disponível, embora se espere, que, nos próximos anos, as mesmas se mantenham inferiores às do Sul e Centro.

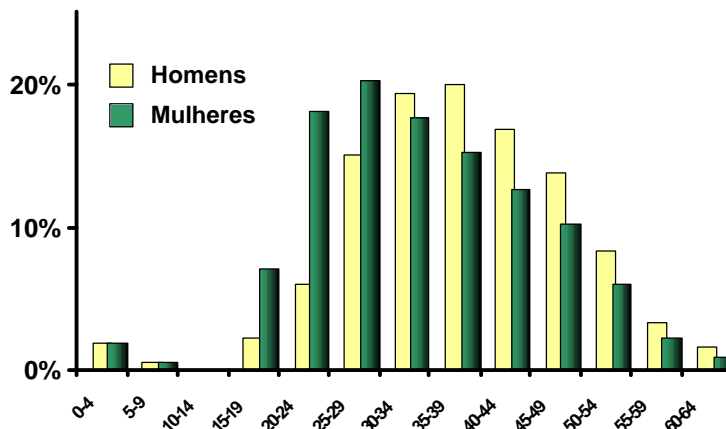
Em **conclusão**, as projecções aqui apresentadas, são válidas apenas no contexto actual. Portanto, à medida que mais dados forem sendo recolhidos ao longo dos anos e caso as medidas preventivas e terapêuticas (TARV) já planeadas sejam efectivamente implementadas, as projecções da evolução da epidemia poderão mudar de forma significativa nos próximos anos. Por exemplo, nalgumas províncias do país, sobretudo nas do Norte e em Inhambane, temos ainda a oportunidade de evitar que a velocidade de propagação da epidemia atinja proporções idênticas às observadas na maioria das províncias ao Sul do rio Zambeze. Também temos a oportunidade de “antecipar” as fases de maturação de algumas microepidemias provinciais, por forma a que, estes sejam alcançados em níveis mais baixos, que os que já se prevêem para a maioria das províncias ao Sul do rio Zambeze.

Estimativa da Prevalência do HIV por Sexo e Idade

Conforme se pode ver na Figura 3, em Moçambique, a maior parte das crianças que adquirem a infecção no período peri-natal, morrem antes dos 5 anos, sendo que poucos sobrevivem até a idade dos 10 anos, após os quais, se abre a chamada “janela da esperança”, na qual, as crianças se vêem praticamente livres da infecção até aos 14 anos.

A partir do grupo etário dos 15-19 anos (altura que iniciam as relações sexuais)*, a figura 3, mostra que²⁵ a prevalência do HIV começa a aumentar rapidamente nos dois sexos, sobretudo no feminino. Com efeito, a partir desta fase, as diferenças nas taxas de prevalência do HIV entre os 2 sexos, são tão marcadas, que a taxa de prevalência entre as raparigas, chega a ser aproximadamente igual ao triplo da dos rapazes da mesma idade. Esta tendência de

Figura 3: Prevalência do HIV por Grupos Etários e Sexo: 2002



Fonte: Adaptado de²⁵

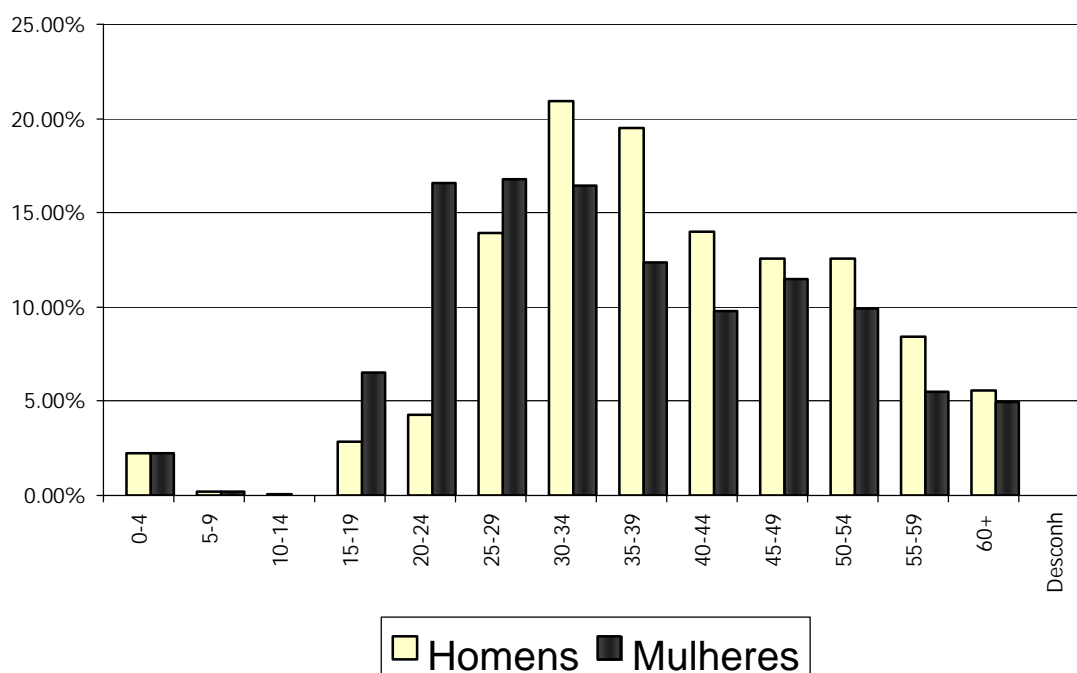
ter várias explicações, incluindo, (i) a alta velocidade com que se injecta o esperma no útero, 45 km por hora²⁸, (através do orifício externo do colo uterino), cuja mucosa é muito menos resistente à infecção que a da vagina; (ii) o maior tempo de contacto com os fluidos sexuais do parceiro, na mulher, (sêmen depositado na vagina); (iii) a dificuldade de diagnóstico e tratamento de algumas ITS na mulher; bem como, (iv) o início relativamente mais precoce da actividade sexual entre as raparigas²⁹, principalmente nos meios rurais de Moçambique, agravado pelo facto dos seus parceiros serem normalmente alguns anos mais velhos (como se verá adiante), já com altas taxas de seropositividade.

É de salientar que este padrão de distribuição da prevalência do HIV/SIDA por sexo e idade, mostrado na figura 3, está em perfeita consonância com o padrão de distribuição dos casos confirmados de SIDA, por sexo e idade, gerado pelo sistema de notificação de casos SIDA nas unidades sanitárias do país²², Figura 4 da página seguinte.

A "ausência" de casos de SIDA no grupo etário dos 10-14 anos, nesta figura, é explicado pelo simples facto de que os adolescentes que contraem a infecção neste grupo de idade, necessitam de tempo para se tornarem casos de SIDA.

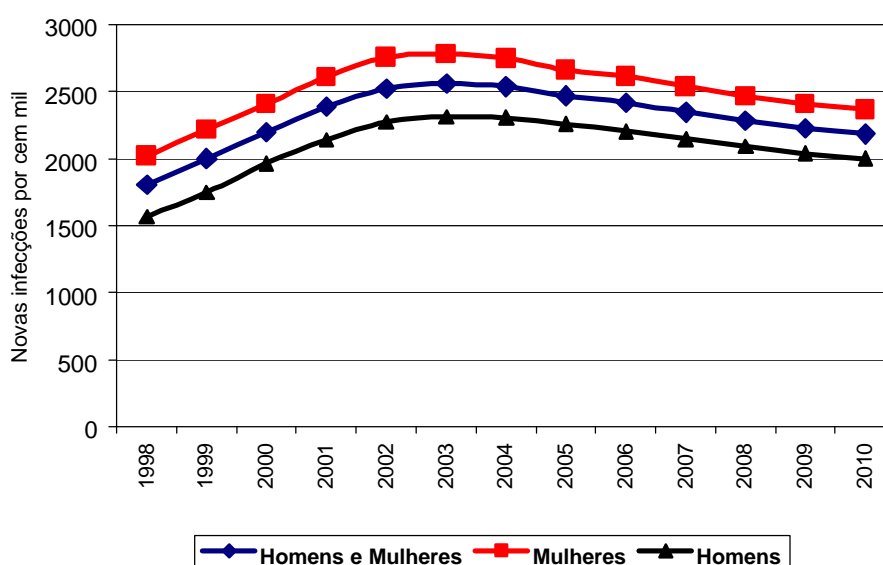
Este padrão de género e idade na aquisição da infecção pelo HIV, que parece ser decisivo, para a distribuição do HIV/SIDA e suas consequências em idades mais tardias, sugere que, as estratégias de controlo do HIV/SIDA, não devem descurar os factores idade e sexo, e devem incluir recomendações concretas tendentes a induzir a adopção de práticas sexuais seguras na primeira relação sexual e no período subsequente.

* Segundo resultados do Inquérito Demográfico e de Saúde de 2003, a idade mediana da primeira relação sexual (entre os inquiridos com 20-24 anos de idade) é de 16 anos, entre as mulheres e 16,8 anos, entre os homens. Sobre esta questão ver detalhes mais adiante (pág. 35)

Figura 4: Notificação de Casos Confirmados de SIDA em Unidades Sanitárias de Moçambique, em 2003 (Distribuição Percentual, por Grupos Etários e Sexo)

1.3. Incidência de Infecções pelo HIV em Moçambique

Na "impossibilidade de se medir directa e facilmente a incidência do HIV na população, esta medida tem vindo a ser estimada indirectamente através dos dados de prevalência e do conhecimento que se tem, sobre a história natural da infecção do HIV nos países em desenvolvimento.

Figura 5: Incidência do HIV em Adultos (15-49 anos), em cada 100 mil habitantes, por Sexo

As estimativas da incidência do HIV em adultos, mostram que esta se tem mantido estável em níveis elevados, (cerca de 500 novas infecções diárias) desde o ano 2000²⁴. Contudo a evolução da incidência varia por província e região, idade e sexo. As províncias com maior incidência têm sido as do Centro do país, que suportam 40% das novas infecções diárias, seguidas das do Norte e Sul com 35% e 25% respectivamente.

A transmissão vertical do HIV tem sido responsável por cerca de 18% dessas novas infecções diárias. De novo, as províncias do Centro contribuem com a maior frequência desta via de transmissão, 60%, sendo que as do Sul e do Norte partilham os restantes 40% em partes iguais. A Figura 5 da página anterior, mostra que o sexo feminino tem vindo a mostrar incidências consistentemente mais altas que as do sexo oposto.

1.4. Incidência de Casos de SIDA em Moçambique

Estima-se que o actual sistema de notificação de casos de SIDA nas Unidades Sanitárias do país, apenas capta cerca de 9% do número real de casos de SIDA²². Por esta razão, as melhores estimativas que temos de incidência de novos casos de SIDA, baseiam-se nas projecções contidas nas publicações periódicas de impacto demográfico do HIV, previamente citadas²⁵.

Segundo essas projecções²⁵, em 2002 ocorreram em Moçambique, cerca de 83 mil novos casos de SIDA, e no presente ano, cerca de 109 mil seropositivos transitarão para o estado de SIDA. Daqui a dois anos, prevê-se que o número de novos casos anuais, passe para cerca de 135 mil, podendo este número continuar a subir se se não tomarem medidas efectivas.

Em 2004, mais de metade dos novos casos de SIDA ocorrerão nas Províncias do Centro²⁵, sendo que nas Províncias do Sul e do Norte ocorrerão, respectivamente, 28% e 19% dos novos casos de SIDA. As Mulheres representarão 55% dos novos casos de SIDA, enquanto que os homens corresponderão aos restantes 45%. As crianças menores de 15 anos, representarão 20% dos novos casos de SIDA, distribuídos da seguinte forma, 82%, 15% e cerca de 2,5 % nos grupos etários 0-4, 5-9 e 10-14 anos respectivamente. Infelizmente, dentro dos próximos anos, as estratégias preconizadas no presente Plano, não poderão prevenir a maioria dos novos casos anuais de SIDA, por corresponderem a infecções passadas e actuais.

A previsão de casos no grupo etário dos 10-14 anos é um indicador de que a transmissão não sexual de HIV pode ser um fenómeno mais frequente do que se tem pensado (ver adiante – páginas 20, 21 e 25).

1.5. Novos Casos de SIDA necessitando TARV em Moçambique

Estima-se que em 2004, mais de 200 mil pessoas necessitarão de tratamento antiretroviral em Moçambique²⁵. Nas condições actuais, prevê-se que este número se aproxime de 310 mil casos anuais por volta de 2007 e de mais de 415 mil casos anuais em 2009. Contudo, se o TARV for largamente disponibilizado a estes doentes nos próximos anos, o número de doentes sob TARV será cumulativo de ano para ano.

1.6. Taxa de Mortalidade Proporcional (TMP) por SIDA

O número real de óbitos devido ao SIDA, não é conhecido no país. Concorrem para esta situação, vários factores, incluindo, a multiplicidade de diagnósticos possíveis nos casos de SIDA, bem como o estigma associado a esta doença, facto que leva, quer aos familiares do defunto, quer aos médicos, a optarem por um sigilo que impedem a devida notificação das mortes por SIDA. A tudo isto adiciona-se o facto de grande parte dos poucos casos de SIDA notificados pelas Unidades Sanitárias, serem depois devolvidos às suas casas, onde morrem, não sendo portanto notificados como óbitos hospitalares de SIDA. Contudo, já é evidente que o SIDA constitui uma das principais causas de morte em Moçambique. Com efeito, estima-se que nos últimos 5 anos, mais de 300 mil pessoas sucumbiram à esta doença²⁵. No presente ano, prevê-se que o SIDA venha a causar a morte a cerca de 100 mil pessoas. A menos que medidas preventivas e terapêuticas eficazes sejam implementadas, este número de mortes anuais, poderá alcançar cerca de 170 a 180 mil por volta do ano 2010. A distribuição percentual das mortes por regiões, sexo e idade é similar à descrita em relação aos novos casos de SIDA.

Actualmente, a Taxa de Mortalidade Proporcional^{13 e 30} por SIDA é superior a 20%²⁵. Se a tendência actual se mantiver ao longo do tempo, prevê-se que em 2010, esta taxa supere os 30%.

1.7. Frequência da seropositividade entre utilizadores de GATVs,

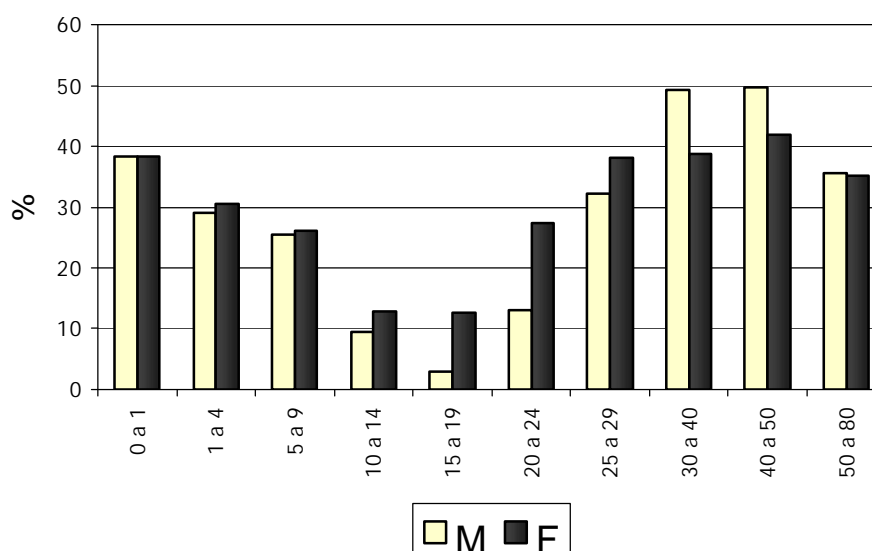
No ano 2003, foram realizadas testagens de HIV em 102.896 dos 104.392 utentes dos 80 GATV espalhados pelas 11 províncias do país³¹. Dentre os testados, 26.135 pessoas foram positivas para o HIV, perfazendo uma seropositividade de 25,4% dentre os utentes destes serviços. A Tabela 3 mostra³¹ a distribuição da seropositividade do HIV por Província, nos 80 GATVs que funcionavam em 2003.

Tabela 3: Distribuição da Seropositividade do HIV por Província, nos 80 GATVs que funcionaram em 2003(Adaptado de³¹)

Província	No de Utentes	No HIV(+s)	No HIV(-s)	No Indeterminados	% HIV+
Maputo Província	6.617	2.132	4.145	71	33,59
Maputo Cidade	33.798	9.399	23.621	288	28,22
Gaza	15.947	4.546	11.298	108	28,50
Inhambane	4.300	704	3.498	28	16,64
Sofala	10.197	2.915	7.177	66	28,70
Manica	7.640	1.465	6.125	22	19,25
Tete	10.688	2.751	7.620	159	26,13
Zambézia	2.775	563	2.048	36	21,27
Nampula	5.061	865	3.980	60	17,64
Cabo Delgado	604	54	420	10	11,16
Niassa	6.765	741	5.955	26	11,02
Total	104.392	26.135	75.887	874	25,40

No: Número

Figura 6: Distribuição da Taxa de Seropositividade do HIV por Sexo e Idade, em Utentes dos GATVs, em 2003



Nesta tabela, pode-se ver que, o pico da seropositividade foi observado na Província do Maputo, sendo quase o dobro da prevalência ponderada estimada para essa mesma província em 2002. Em resumo, as províncias situadas no Sul do rio Save, mostraram os níveis mais altos de seropositividade, seguidas das províncias localizadas entre o rios Save e Zambeze. De salientar que a seropositividade foi superior a 11% em todas as províncias do país, e que, Nampula, mais do que duplicou a sua prevalência ponderada provincial estimada para 2002.

A distribuição da seropositividade por sexo, variou com a idade. Com efeito, como se pode ver na Figura 6, nas crianças menores de 10 anos, a prevalência foi similar nos dois sexos.

A partir do grupo etário dos 10-14 anos até aos 29 anos, a seropositividade aumentou de forma importante, principalmente entre os indivíduos do sexo feminino, mostrando uma diferença por sexo, similar à observada nas estimativas produzidas pela Vigilância Epidemiológica por Postos Sentinela (Figura 3). À semelhança do que se passa nos Postos Sentinela, nos GATVs, depois do grupo de idade (25-29 anos), a distribuição da seropositividade por sexo, inverte-se, passando a ser maior entre os homens, os quais chegam mesmo a atingir prevalências tão altas como 50% no grupo dos 40 – 50 anos de idade, contra os cerca 40% entre as mulheres do mesmo grupo etário.

A ocorrência relativamente elevada de seropositividade ao HIV, cerca de 10%, no grupo etário dos 10 – 14 anos, contrasta com as estimativas de prevalência do HIV mostradas na figura 3²⁵, no mesmo grupo etário. Este facto chama atenção para a possibilidade de outras vias de transmissão não sexual, serem mais importantes do que se tem pensado até agora. Este achado justifica que se realizem estudos específicos de investigação para o seu esclarecimento.

Em conclusão, as taxas de seropositividade observadas nos GATVs foram muito mais altas que as estimadas pela Vigilância Sentinela. Isto não constitui surpresa, por se tratar de grupos altamente seleccionados e por se ter vindo a dar muito mais ênfase à testagem do que ao aconselhamento (ver adiante pág. 68 a 71). Com efeito, os 3 principais motivos de busca de aconselhamento e testagem foram, comportamento de risco (23,7%), programa de prevenção da transmissão vertical (PTV), 20,9% e doença, 14,7%. A seropositividade por razão de busca, foi de 32.1%, 14.8% e 14.6% nos que procuraram aconselhamento por doença, PTV e comportamento de risco respectivamente.

1.8. Capacidade de testagem da seropositividade ao HIV em Moçambique

Para além da testagem realizada nos GATV, até ao momento, em Moçambique, oficialmente, só 3 Unidades sanitárias, de nível quaternário (os Hospitais Centrais do Maputo, Beira e Nampula), vinham dispor de uma capacidade laboratorial instalada para testagem regular do HIV (através do teste de ELISA)³². Contudo, a prioridade, vinha sendo para a segurança do sangue transfundido, e só nalguns casos, também para fins de apoio ao diagnóstico clínico. Todavia, algumas Unidades Sanitárias de níveis inferiores, têm gradualmente vindo a dispor de testes rápidos, usados prioritariamente nos Bancos de Sangue, e de forma restrita no manejo de doentes. Doravante, no âmbito do Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA do MISAU, pretende-se expandir a capacidade laboratorial para os níveis terciário e secundário, caso hajam recursos humanos capacitados. Adicionalmente, no quadro das propostas deste plano, ver adiante, um esforço adicional pode ter que ser feito para uma maior extensão desta capacidade a outras Unidades Sanitárias.

2. Aspectos médico-biológicos que facilitam a infecção:

2.1. Biossegurança nas Unidades Sanitárias

Segurança dos Utentes

Em Moçambique, a forma mais frequente de transmissão do HIV é por via sexual²⁵. Não obstante, não podemos deixar de fazer referência às formas não sexuais de transmissão, designadamente às que podem ocorrer nas nossas unidades sanitárias.

O risco de exposição a que os pacientes estão sujeitos nas unidades sanitárias é real, embora ainda pouco documentado. A transmissão do vírus ao utente pode dar-se por: a) transfusões de sangue, b) utilização de agulhas e seringas não esterilizadas, c) utilização de instrumentos cirúrgicos não esterilizados, d) contacto directo ou indirecto com fluídos corporais do trabalhador que está a administrar a terapêutica ou a praticar um acto cirúrgico.

Factores como a não observação da assépsia, a insuficiência de material médico cirúrgico, a ausência ou avaria dos aparelhos de esterilização e a falta de cumprimento das regras

profissionais favorecem a transmissão do HIV e outros vírus ou bactérias ao utente nas unidades sanitárias.

É sabido que a rede sanitária do país conheceu um amplo desenvolvimento na última década. Porém, as condições de trabalho em termos de recursos humanos, recursos materiais e financeiros não acompanharam este desenvolvimento.

Em 1994, a OMS e a UNICEF recomendaram enfaticamente que todas as injeções fossem seguras para os pacientes, técnicos de saúde e para a comunidade³³. No conceito de injeções seguras, inclui-se a utilização de uma seringa nova e uma agulha nova para cada injeção, a eliminação apropriada do material injectável usado e a observação de todos os procedimentos relativos à preparação das injeções³³.

A OMS estima que a nível mundial se administra uma media anual de 4 injeções por pessoa. Em países em vias de desenvolvimento, muitas injeções, além de serem desnecessárias (porque correspondem a uma cedência à pressão do próprio doente, que acredita só a injeção é que é tratamento eficaz), são inseguras e produzem um acréscimo à carga de morbimortalidade das infecções crónicas pela hepatites B e C e HIV³⁴.

Aquela organização estima ainda que, a nível mundial ocorrem 8 a 16 milhões de infecções pela hepatites B, 4,7 milhões de infecções pela hepatites C e 80,000 a 160,000 infecções pelo HIV, todas relacionadas com a reutilização de agulhas e seringas não esterilizadas³⁴.

O PAV introduziu em 1979 a utilização de agulhas e seringas reutilizáveis. Por outro lado, o serviço curativo da nossa rede sanitária, a todos os níveis, utiliza ainda seringas de vidro e agulhas metálicas reutilizáveis donde resulta que o material descartável em uso é ainda pouco significativo³⁵.

Com a problemática do HIV/SIDA, o Ministério da Saúde, desenvolveu acções para assegurar a segurança das injeções e continua a priorizar esta problemática no seu Plano Estratégico do Sector Saúde³⁶. Em 2002 reforçou-se a segurança das injeções com a introdução de seringas auto-bloqueantes, ao mesmo tempo que se iniciou a aplicação da vacina tetravalente (DTP/HepB)³⁵. Em 2004, o Ministério da Saúde realizou um estudo para avaliação da segurança das injeções³⁵. Esta avaliação analisou os serviços prestados ao utente no Programa Alargado de Vacinação (PAV), a administração de injeções terapêuticas bem como o tratamento dos lixos.

Citando apenas alguns resultados, o estudo demonstra que na administração de injeções terapêuticas: apenas 58,2% das Unidades Sanitárias usam seringas descartáveis ou comprovadamente estéreis; apenas 47% usam agulhas e seringas estéreis para cada reconstituição; 49% das seringas e agulhas esterilizáveis não são enxaguadas, desmontadas e mergulhadas em solução de hipoclorito de sódio, como exigem as normas técnicas de procedimento; apenas 31 % das U.S. colocam as seringas e agulhas esterilizáveis em solução de hipoclorito de sódio para descontaminação. No que diz respeito à preparação das injeções: apenas 30,8% das injeções são preparadas numa mesa limpa sem risco de contaminação por sangue ou outros líquidos corporais³⁵.

No PAV, foi possível verificar que³⁵ só 62% das Unidades Sanitárias preparam as vacinas numa mesa sem risco de contaminação por sangue ou outros líquidos corporais, apenas 19% usam barreira protectora quando quebram as ampolas de vidro para a reconstituição da vacina e apenas 31% (18/58) das unidades sanitárias avaliadas utilizam agulhas e seringas estéreis para cada reconstituição. Para além disso, 52% não substituem, entre as injeções, a agulha dos frascos de vacinas de doses múltiplas e que 10% ainda administram vacinas com material não estéril.

Deste estudo é possível concluir que as condições de assépsia na preparação do material injectável são negligenciadas o que constitui um risco para os utentes das unidades sanitárias.

Acredita-se que com a rápida expansão do “programa injeção segura” discutido a nível ministerial em 2001 e aprovado em 2002³⁷, através do Programa Alargado de Vacinação (PAV), e a introdução das seringas e agulhas descartáveis a todos os níveis de atenção, venha minimizar este problema.

A informação das províncias confirma que na generalidade do país a situação não é diferente da que foi retratada no estudo em referência. Sabe-se, por exemplo, que a falta de água é um problema crónico na maioria das Unidades Sanitárias, e sem água é impossível manter higiene ou lavar convenientemente o material médico-cirúrgico utilizado durante o acto médico.

Outra situação de extrema importância é a falta de notificação por parte dos trabalhadores de saúde, de acidentes que ocorram no exercício das suas funções. A não notificação não permite desencadear o processo que leva à profilaxia anti-HIV.

Por outro lado, a falta de aparelhos para esterilização referenciado pelas províncias, bem como, as constantes roturas de stocks de material descartável pressupõe a existência de graves problemas de planificação e logística, situação esta que deverá merecer atenção especial.

Segurança dos Trabalhadores de Saúde

Alguns estudos internacionais já publicados, sobre o risco ocupacional de transmissão do HIV em trabalhadores de Saúde, demonstraram que o risco de transmissão através da exposição percutânea ao sangue contaminado por HIV é de aproximadamente 0,3% (IC:0,2%-0,5%)^{38 e 39} e que através de membranas mucosas este risco é de 0,09%(IC:0,006%-0,5%)⁴⁰. Embora estas taxas de risco sirvam de referência, elas não podem ser aplicadas para países em que a prevalência de HIV é elevada, como é o caso de Moçambique.

Em 1997, foi notificado ao Centro de Controlo de Doenças de Atlanta (CDC) 52 casos de seroconversão temporária associada á exposição ocupacional de HIV em trabalhadores de saúde devidamente documentados⁴¹.

Estudos epidemiológicos e laboratoriais têm sugerido a existência de vários factores que podem afectar o risco de transmissão do HIV por exposição ocupacional⁴¹. O risco é também maior nos casos de exposição ao sangue de doentes terminais com SIDA, reflectindo possivelmente os altos títulos de HIV no sangue.

O HIV pode ser transmitido acidentalmente através da inoculação directa no vaso sanguíneo cutâneo. Este mecanismo de transmissão é semelhante à transmissão que ocorre com uma agulha contaminada entre os drogados⁴². Se é verdade que, os acidentes podem ocorrer mesmo respeitando todas as regras de biossegurança, o uso de luvas e outro material protector é fundamental na diminuição da exposição ocupacional de trabalhador de Saúde.

Em 1996/97 foi criada no HCM a “Comissão SIDA” que elaborou um protocolo de conduta, tratamento, seguimento e aconselhamento (consulta para os trabalhadores⁴³ e um GATV, com vista ao atendimento de casos de acidente de exposição ao HIV. Estes serviços deveriam ser expandidos a todos os hospitais do País.

Em relação à categoria do profissional de Saúde, por ordem de frequência, os enfermeiros são os mais afectados, seguido dos serventes, médicos e por último os técnicos de laboratório. Por outro lado, os acidentes mais frequentemente reportados são as picadas com agulha após a utilização, no acto de colocar a tampa na agulha, durante uma punção ou ainda na recolha do lixo e o contacto directo com fluidos corporais do paciente durante o parto, cirurgia ou drenagem de abcessos^{38 e 42}.

No estudo sobre injecções seguras, já acima referenciado³⁵, foi também avaliado o risco para quem aplica a injecção. Os resultados mostraram que metade das Unidades Sanitárias apresentava ainda objectos cortantes em recipientes abertos e apenas 57% dos trabalhadores evitavam tapar as agulhas utilizando as duas mãos. Por outro lado, só 31% depositavam as seringas e agulhas nas caixas incineradoras imediatamente depois da injecção e só 52,5% possuíam recipientes apropriados para recolha de objectos cortantes utilizados em sessões de vacinação.

Quanto á declaração de picadas com agulhas nos últimos 12 meses anteriores ao estudo, 35 (49%) não fizeram nenhuma declaração.

No conjunto do país a exposição ao HIV em trabalhadores de Saúde ainda está muito pouco documentada, no entanto, dados cedidos pelo Hospital Dia (HD) que funciona no HCM revelam que no período de Junho de 2003 a Março de 2004 foram tratados 47 trabalhadores de Saúde, depois de acidentes durante o exercício das suas funções e que em 2003, 97 profissionais de

Saúde do mesmo hospital procuram aconselhamento no GATV. Em 2004 no primeiro trimestre foram atendidos para aconselhamento 18 trabalhadores. Dos 47 trabalhadores acidentados em 2003, foi apenas possível colher informação, através do livro de registo, sobre 26 trabalhadores dos quais 15 eram trabalhadores do serviço de cirurgia, incluindo a pequena cirurgia. O tipo de acidente mais frequente foi a picada com agulha (de sutura e/ou de punção). Os médicos, foram os que mais sofreram acidentes e de todos os acidentados aqui analisados, apenas 5 usavam luvas na altura em que ocorreu o acidente. A maioria dos doentes a quem foi aplicado algum acto médico era HIV positivo. Os trabalhadores do sexo feminino foram mais afectados que os do sexo masculino. Embora estes dados não sejam conclusivos, eles estão de acordo com a literatura⁴⁴.

Em suma, é notório que as regras de biossegurança não são cumpridas e que a maioria dos trabalhadores de Saúde, incluindo médicos, dão provas de que não têm consciência plena dos riscos que correm. Embora estes dados estejam muito aquém da realidade, os serviços de profilaxia pós-exposição oferecidos aos trabalhadores de Saúde estão a ser subutilizados, provavelmente por deficiente divulgação, negligência, falta de confiança ou ainda por receio. Se esta situação foi encontrada em Maputo, no resto do país será muito pior pelo que, esta forma de transmissão não deve ser negligenciada.

2.2. Funcionamento dos Bancos de Sangue

A doação de sangue em Moçambique é regulada⁴⁵ pelo Decreto n.º 14/1988. O sistema Nacional de Saúde possui 111 unidades de colheita, testagem e transfusão de sangue⁴⁶. Não existe nenhum serviço privado de transfusão sanguínea no país.

O Banco de Sangue do Hospital Central de Maputo é a unidade de referência do Programa Nacional de Transfusão de Sangue do país. É também onde se faz a formação e a pesquisa.

Há 16 Bancos de sangue em Hospitais Provinciais e Rurais e 87 Serviços de transfusão de sangue, ao nível periférico, em Centros de Saúde.

Das 111 unidades, 22 (20%) colhem mais de 720 unidades de sangue por ano, e 78 (71%) colhem menos de 360 unidades⁴⁶. Embora o MISAU não preveja aumento do número de Bancos de Sangue nos próximos anos⁴⁷, espera-se que, com o melhoramento da organização e planificação dos serviços de sangue, 15 a 20 Bancos de Sangue venham a ter condições para também fazer o processamento do sangue recolhido em unidades sanitárias periféricas que não possuam o serviço.

Unidades de sangue utilizadas para transfusão

De acordo com o Programa Nacional de Transfusão de Sangue o número de transfusões de sangue aumentou em cerca de 4,5% em 2003 (107,228), quando comparado com 2002 (102,651) e estima-se que este número poderá em 2004 ser de 112,000.

Como se pode ver na tabela 4 da página seguinte, as províncias de Maputo, Nampula e Zambézia são as que menos unidades de sangue colhem por 1000 habitantes, enquanto que a província de Cabo Delgado é a que colhe mais sangue por mil habitantes. É notória a discrepância entre o número de habitantes e o número de Bancos de Sangue existentes. Com os dados atrás indicados, que são os únicos disponíveis, não é possível concluir sobre a quantidade de sangue que é rejeitada.

Mecanismos de triagem dos candidatos a dadores de sangue

A triagem dos candidatos a dadores de sangue segue as normas internacionais, no que respeita a idade, peso, níveis de Hemoglobina e exclusão por certas doenças. Neste quadro, os candidatos a dadores de sangue são entrevistados e submetidos a um exame físico.

Nos Bancos de Sangue dos principais hospitais é também preenchido um questionário para se avaliar o grau de segurança do candidato a dador. Se se verifica que houve comportamento de risco nos últimos 3 meses, o dador é aconselhado a não fazer a doação. Este procedimento visa evitar que se utilize sangue contaminado que apenas testou negativo pelo facto de a

contaminação ser ainda recente (período silencioso*). Infelizmente o questionário nem sempre é bem preenchido e nos pequenos bancos de sangue ou em situações de emergência, muitas vezes nem sequer é preenchido. Ao contrário do que sucede internacionalmente, em Moçambique, não é dada ao dador a possibilidade de auto-exclusão. Estes dois factores explicam uma elevada taxa de seropositividade entre os dadores de sangue, como se verá mais adiante.

Tabela 4. Unidades de sangue colhidas e número de Bancos de Sangue por Província e por Habitante (2003)

Província	População	Nº de Unidades de sangue colhidas	Nº de Unidades/ 1000 hab.	Nº de bancos de Sangue	Nº de hab. por cada Banco de Sangue
Cabo Delgado	1.560.000	2.962	1,9	11	142.000
Niassa	941.000	2.210	2,3	9	105.000
Nampula	3.485.000	9.648	2,8	20	174.000
Zambézia	3.560.000	5.137	1,4	16	223.000
Tete	1.424.000	3.389	2,4	8	178.000
Manica	1.244.000	4.256	3,4	9	138.000
Sofala	1.549.000	6.006	3,9	12	129.000
Inhambane	1.364.000	4.780	3,5	13	105.000
Gaza	1.300.000	8.094	6,2	8	260.000
Maputo (P e C)	2.098.000	19.560	9,3	5	420.000
Total	18.525.000	66.042	3,6	111	167.000

Antes da colheita de sangue, todos os dadores são testados para o vírus HIV1, HIV2 e *Treponema pallidum* (Sífilis) por rotina. São também testados, mas de forma não sistemática, para a Hepatite B. Ainda não se fazem testes para a Hepatite C e por isso não há informação sobre prevalência desta doença na população em geral. Note-se que estes dois tipos de Hepatite têm o mesmo mecanismo de transmissão que o HIV/SIDA.

Se o teste for positivo para o HIV, o dador é também aconselhado a não doar sangue. No Banco de Sangue do Hospital Central do Maputo, o programa informático, na base do qual foi construída a base de dados, reconhece o dador e bloqueia uma segunda doação.

No caso de positividade para a sífilis o dador é encaminhado para a consulta de ITS onde é tratado.

O aconselhamento de dadores com teste positivo não é feito no Banco de Sangue. Eles são referidos para os serviços de aconselhamento e testagem voluntária (ATV) onde é repetido o teste e feito o aconselhamento.

Aos dadores é dado um número de identificação individual. Do mesmo modo, cada unidade de sangue (saco colector) é também identificado. Com excepção do Hospital Central de Maputo, nenhum outro Banco de Sangue possui base de dados computadorizados.

Formação dos trabalhadores dos Bancos de Sangue no rastreio de HIV e Sífilis

Os 111 Bancos de Sangue existentes em Moçambique, possuem 283 trabalhadores dos quais 53 são serventes, 201 são técnicos de laboratório, 27 são enfermeiros envolvidos no recrutamento de dadores e apenas 2 são médicos (Maputo e Beira). Em 2003, foi feito um curso de formação denominado: "Sangue Seguro" no qual participaram 83 técnicos. O curso teve a duração de duas semanas.

* "Período silencioso"- intervalo entre a infecção e o aparecimento de anticorpos no sangue.

Biossegurança na transfusão de sangue

Não existem normas padronizadas para a desinfecção da pele antes da colheita. Actualmente esta operação faz-se com álcool a 70%. O técnico de saúde usa apenas um par de luvas e o sangue é colhido num saco de plástico apropriado com capacidade aproximada de 500ml. As agulhas destinadas à recolha de sangue não são reutilizáveis (injecção segura) e, depois de utilizadas, são destruídas num recipiente apropriado. Infelizmente, este tipo de recipiente não estão disponíveis na maior parte dos Bancos de Sangue.

Tipos de Testes para o HIV

Em Maputo e Beira é usado o método de ELISA (Gensreen, BioRad) como rotina. Nos restantes 109 Bancos de Sangue usa-se o teste rápido "Determine", pois a quantidade de testes a realizar não justifica a utilização do teste ELISA.

Em todos os Bancos de Sangue, as amostras que forem reactivas ao teste rápido ou ao ELISA são submetidos a um teste de confirmação (UniGolg, ou Trinity). Se os resultados forem discordantes, o sangue é descartado.

Prevalência de HIV, em dadores de sangue

A prevalência de HIV entre os dadores de sangue no país foi em 2003 de 8,5% - extremamente elevada se se considerar que ela não deveria ultrapassar o valor de 1%⁴⁶. As províncias com maior prevalência foram Maputo Província (23,6%) e Cabo-Delgado (19,5%).

Tabela 5. Estimativa da prevalência e distribuição geográfica de HIV, Sífilis e Hepatite B entre dadores de sangue por Províncias, em 2002

Províncias	Mulheres Grávidas	Dadores de Sangue (2003)		
	HIV+	HIV+	Sífilis	Hepatite B
Maputo Cidade	17,3 %	4,9 %	2,1 %	-
Maputo Província	17,4 %	23,6 %	7,5 %	-
Gaza	16,4 %	14,8 %	6,5 %	10,0 %
Inhambane	8,6 %	7,8 %	5,0 %	-
Zambézia	12,5 %	8,9 %	2,3 %	-
Sofala	26,5 %	6,1 %	1,4 %	7,7 %
Manica	19,0 %	6,6 %	2,3 %	-
Tete	14,2 %	10,6 %	2,5 %	4,8 %
Niassa	11,1 %	2,6 %	1,2 %	-
Nampula	8,1 %	9,3 %	7,4 %	13,3 %
Cabo Delgado	7,5 %	19,5 %	21,2 %	6,7 %
Total	13,6 %	8,5 %	4,4 %	8,8 %

Como acima se indica, os dadores são também testados para a Sífilis e, em 6 postos sentinela, para a Hepatite B. Segundo o Relatório Anual do programa de Transfusão de Sangue⁴⁸ e dados obtidos de um estudo conduzido em Junho de 2002⁴⁶ foi encontrada uma prevalência de 4,4% para a Sífilis e 8,8% para a Hepatite B. A Província com maior prevalência de sífilis foi Cabo Delgado enquanto que Nampula teve maior prevalência de Hepatite B (13.3%).

Com excepção do Hospital Central do Maputo, não existem dados do conjunto do país sobre taxas de seropositi-

vidade dos dadores de sangue por grupos etários.

O facto de o teste para HIV ser gratuito nos Bancos de Sangue, faz com que indivíduos com comportamentos de risco acorram a estes serviços, não tanto para doar sangue, mas para ter oportunidade de saber do seu estado de seropositividade.

Do atrás exposto, pode concluir-se que há necessidade de se desenvolverem estratégias com vista à selecção de dadores com baixo risco, introduzindo critérios de auto-exclusão. Isto permitiria diminuir a prevalência de HIV, Sífilis e Hepatite B entre os dadores bem como melhorar e rentabilizar a utilização dos poucos recursos existentes. Por outro lado, existe ainda muito pouca informação sobre a hepatite B no seio da população. Dado que a forma de

transmissão da Hepatite B é semelhante à do HIV e que a prevalência de Hepatite B entre os dadores de sangue é elevada, dever-se-ia incluir esta doença nos programas de prevenção.

Número estimado de transfusões com sangue contaminado

➤ HIV:

Considerando a taxa estimada de incidência de HIV que foi no ano 2002, de 10,09/1000 indivíduos/ano, e tendo em conta que a sensibilidade do teste é de aproximadamente 97,5% das cerca de 66,000 colheitas de sangue realizadas em 2003, 16,6 unidades de sangue transfundidos (0,025%) estavam contaminados com HIV.

Estes dados reforçam a conclusão de que, embora, em Moçambique, a via de transmissão heterossexual seja de longe a mais frequente, logo seguida pela transmissão vertical, as outras vias de transmissão não sexual são muito mais frequentes do que se pensa e não podem continuar a ser negligenciadas.

➤ Sífilis:

Todo o sangue é testado para a sífilis, mas o método de teste utilizado não possui uma sensibilidade de 100% . É prática dos Bancos de Sangue guardar as unidades de sangue RPR+ a uma temperatura de 4°C por um período de 72 horas e apenas utilizá-lo quando há ruptura de stock. Daí a dificuldade de estimar o número preciso de unidades de sangue contaminado pelo *Treponema pallidum* administrados aos receptores.

➤ Hepatite B e C

O estudo conduzido em 2000⁴⁶ para estimar a prevalência de Hepatite B em 6 Bancos de Sangue no país, estimou uma seroprevalência de Hepatite de 8,8% (90/1022). Se aplicarmos esta taxa à escala Nacional, constata-se que 5,816 unidades de sangue transfundidas em 2003 estavam contaminadas pelo vírus da hepatite B.

Um estudo não publicado sobre prevalência de Hepatite C em dadores de sangue, no Banco de Sangue do HCM mostrou uma prevalência de 4%⁴⁹. Valeria a pena calcular o Risco Relativo de contrair estas infecções através da transfusão de sangue e recomendar que mais estudos sejam feitos nesta área.

2.3. Controlo das Infecções de Transmissão Sexual (ITSs)

As infecções de transmissão sexual (ITS) além de constituírem um grave problema de Saúde Pública⁵⁰, têm uma relação estreita com a incidência do HIV. Estudos científicos concluíram que as ITSs, principalmente as que se apresentam em forma de úlceras genitais, actuam como um importante co-factor para a infecção pelo HIV⁵¹. Na Tânzania, na região de Mwanza, um estudo demonstrou que a implementação de programa de controlo das ITS com abordagem sindrómica para o diagnóstico e tratamento das ITS e seus contactos sexuais contribuiu para a redução global da incidência de infecções pelo HIV, em cerca de 42%⁵¹.

Assim, o MISAU elaborou normas destinadas a orientar a prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoce destas infecções, com vista a um melhor controlo das ITS, tendo como um dos objectivos principais a redução da prevalência e incidência do HIV e das ITS⁴⁷.

O programa foi implementado com o apoio da Comunidade Europeia e desenvolveu-se em quatro fases distintas⁵²:

1ª fase: A CE apoiou o MISAU a elaborar um programa de controlo das DTS,

2ª fase: Criou e implementou um programa de emergência visando os refugiados e retornados,

3ª fase: Expansão das actividades relacionadas com o HIV/SIDA a todas as províncias e distritos do país,

4ª fase: Assinatura de acordo financeiro que constituiu o foco principal da avaliação feita em 2000, que iniciou em 1996 e estava previsto terminar em 2001. Tinha como principais objectivos: (1) integração crescente das actividades do PNC-DTS/SIDA e do Departamento de Saúde Familiar, (2) apoio contínuo à integração das actividades no seio dos sistemas gerais do MISAU, (3) melhorar a cobertura geográfica e (4) aumentar a focalização em populações especificamente vulneráveis.

Disponibilidade de consultas de ITSs nas Unidades Sanitárias

Não foi possível obter esta informação ao nível Central. Porém sabe-se que o Serviço Nacional de Saúde está organizado no sentido de garantir estas consultas a todos os níveis de atenção de Saúde. À excepção da Província do Maputo (que não enviou relatório), Manica (sem informação), a disponibilidade destas consultas varia entre os 100% (Sofala⁵³ e Inhambane⁵⁴) e os 40% na província de Cabo-Delgado⁵⁵.

Percentagem de clínicos treinados para fazer o atendimento dos casos de ITS

Desde 1994 que tem sido treinados médicos e técnicos de Medicina curativa para o tratamento das Infecções de transmissão sexual. Mais tarde, o MISAU decidiu também formar as enfermeiras da Saúde Materno infantil (SMI), pois havia a necessidade de tratar o mais rápido possível as mulheres grávidas aproveitando o facto da Taxa de cobertura por esta consulta ser elevada. Infelizmente não foi possível obter mais informação.

No entanto, em Niassa⁵⁶, apenas 30% do pessoal técnico está capacitado para o uso do novo protocolo Síndromico. Nampula refere que nem todos os técnicos de saúde foram formados para tratar as ITS com base no diagnóstico Síndromico⁵⁷.

Taxa de cobertura por consultas de ITSs

A promoção da utilização das consultas de ITS tem sido feita usando várias estratégias. Por exemplo, em Sofala⁵³ usam-se palestras de sensibilização, spots nos órgãos de comunicação social, funcionamento da clínica nocturna com o devido sigilo, pacote clínico para o tratamento dos parceiros, entre outras. No Niassa⁵⁶ fazem-se também actividades de IEC nas comunidades, nos SAAJ de Mandimba e Cuamba assim como nos GATVs através dos ACSs. Em Nampula⁵⁷ esta actividade consiste na aplicação do pacote clínico em consultas de ITS's nas Unidades Sanitárias, palestras sobre a problemática do HIV/SIDA em interacção com as ITS's. Das restantes províncias não foi possível obter informação. Parece no entanto, não haver consenso quanto às estratégias a utilizar. Só uma província refere a utilização da língua local e nenhuma província refere precauções em relação aos usos e costumes das populações.

Percentagem de jovens de 15 a 19 anos que procurou tratamento entre os que reportaram ocorrência de ITS nos últimos 12 meses

Como se pode ver na tabela 6, no grupo etário com menos de 15 anos de idade, estão contadas crianças recém nascidas com conjuntivite do recém nascido. Esta infecção é contraída durante o parto. Esta situação acontece em mulheres com ITS (leucorreias por *Clamídia tracomatis* ou *Nysseria gonorrhoeiae*) não tratadas durante a gravidez.

Tabela 6. Casos Notificados de ITS por Grupos de Idade e Província Janeiro - Dezembro de 2003

Províncias	<15 anos	15-19 anos	20 e +
Cidade Maputo	751	6,908	37,344
Maputo Prov.	547	6,804	30,982
Gaza	543	5,736	58,582
Inhambane	406	5,672	38,301
Sofala	1,442	7,599	36,823
Manica	130	2,089	24,519
Tete	305	2,845	25,829
Zambézia	4,038	19,667	73,972
Nampula	3,112	11,417	30,463
Niassa	353	2,825	15,822
Cabo Delgado	916	5,084	22,267
Total	12,543	76,646	394,904

Estes dados também mostram que o grupo etário dos 15 aos 19 anos procuram pouco estas consultas, sendo, o grupo etário com 20 anos ou mais, o que mais frequenta estas consultas. Na ausência de dados mais detalhados não é possível aprofundar a nossa análise.

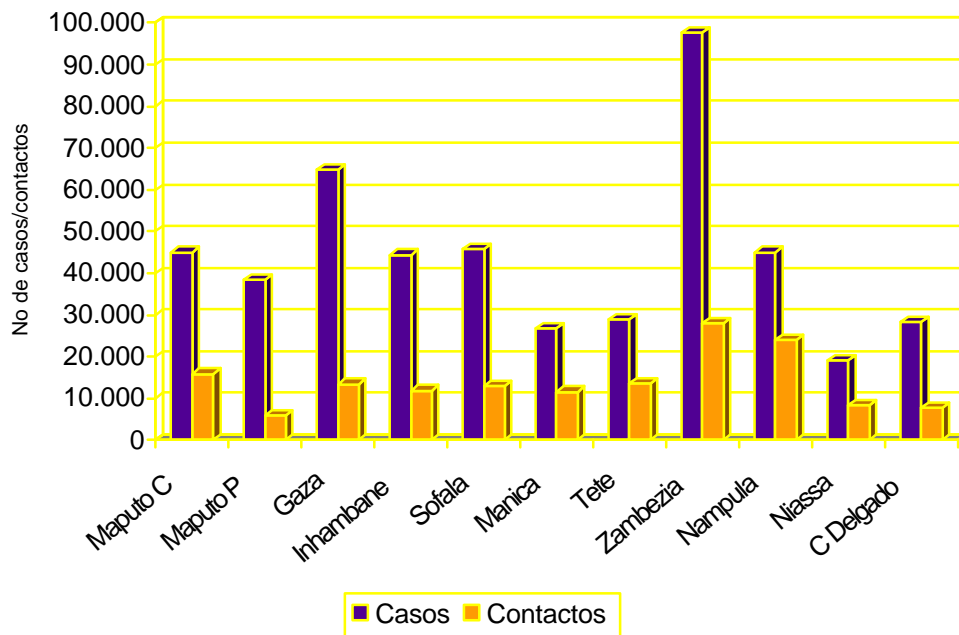
Quando analisamos os dados disponíveis por sexo, o género feminino recorre mais às unidades sanitárias do que o género masculino com 52% e 48%, respectivamente.

Não é possível analisar o peso das ITS em relação ao total de consultas por todas as causas, por falta de dados.

Relação de parceiros sexuais dos casos controlados nas consultas

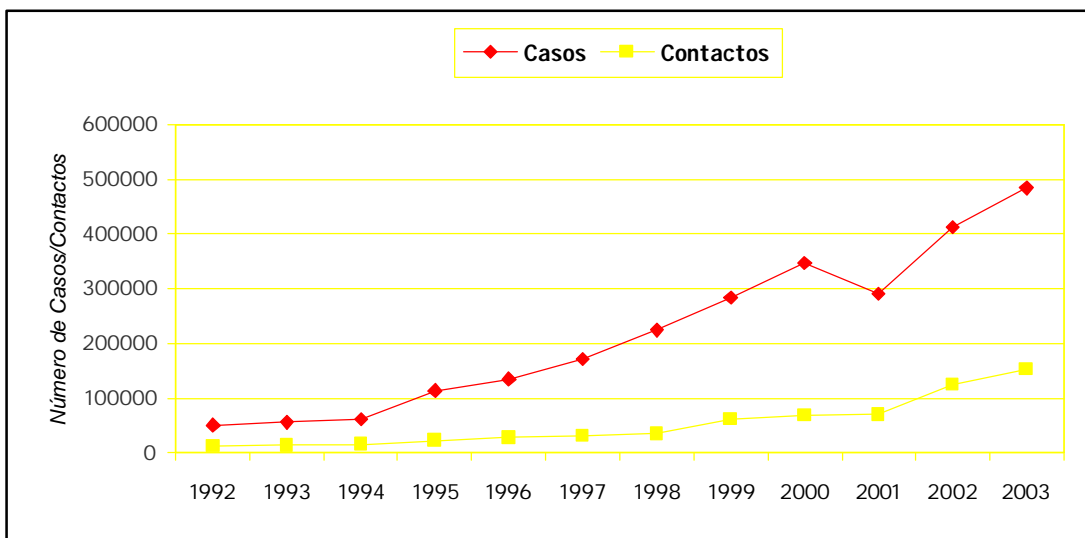
No gráfico da figura 7, pode-se ver que o número de casos de ITS que recorrem às unidades sanitárias é bastante superior aos contactos (parceiros sexuais). A província da Zambézia é que apresenta maior número de casos o que está de acordo com a sua maior população. Contudo Nampula que tem uma população quase idêntica tem muito menos frequência destas Consultas, mas apresentam mais de metade dos contactos controlados. Salta também à vista que a Província de Gaza tem muito maior frequência destas consultas quando comparada com outras províncias com população semelhante. Contudo Gaza tem uma fraca percentagem de contactos controlados.

Figura 7. Casos de ITS tratados e respectivos contactos, no conjunto do país-2003



No gráfico da figura 8, podemos ver a evolução do números de casos em relação aos contactos.

Figura 8. Evolução da notificação de casos de ITS e respectivos contactos, Moçambique, 1992-2003.



Embora o número de contactos de ITS notificados tenha vindo a subir ao longo dos anos, ainda está muito longe de atingir pelo menos 50% dos casos de ITS. Esta situação revela que a estratégia actual que visa aumentar o número de contactos tratados, para se cortar a cadeia de transmissão não está a ser suficientemente eficaz. Portanto, há que envidar esforços na mobilização dos contactos.

Qualidade dos cuidados prestados às ITSs

Nem todas as Unidades Sanitárias do país possuem laboratórios com capacidade de fazer o diagnóstico etiológico das ITS. Por isso, o Programa de controlo das ITS desenvolveu algoritmos para diagnóstico e tratamento baseados nos sintomas e sinais que o doente apresente. Deste modo os clínicos fazem um diagnóstico sindrómico e tratam segundo as recomendações⁵⁸.

Para a monitorização e avaliação das acções de controlo das ITSs a UNGASS adoptou o seguinte indicador: *Percentagem de pacientes com ITS e HIV/SIDA que visitam as Unidades sanitárias e que são diagnosticados, tratados e aconselhados de acordo com os protocolos estabelecidos.*

Moçambique ratificou esta decisão, mas este indicador ainda não está a ser utilizado, pelo que, não é possível analisá-lo aqui. No entanto, espera-se que este e outros indicadores sejam introduzidos este ano (2004) para a avaliação e monitorização das actividades de controlo das ITS⁵⁹.

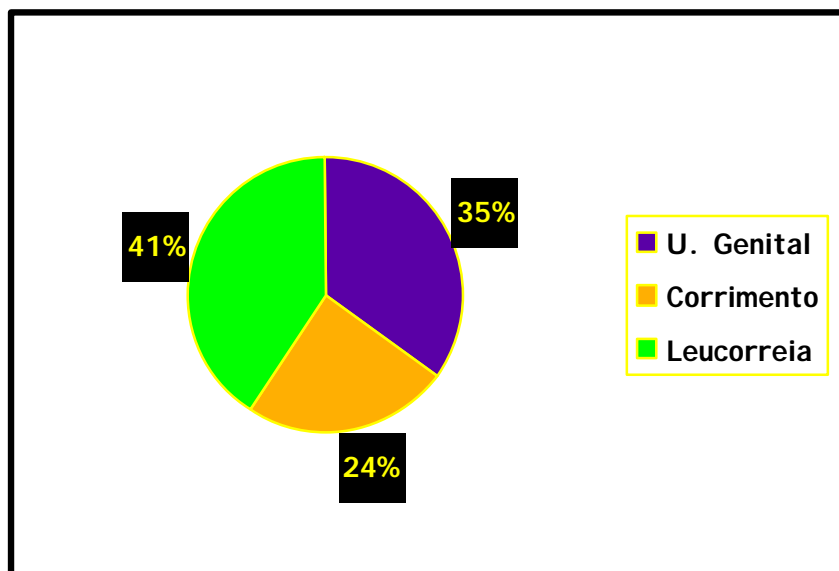
Porém, a província de Inhambane refere que apenas 30% dos utentes são tratados de acordo com o protocolo⁵⁴.

Caracterização das ITSs:

➤ **Grau de frequência de cada um dos tipos de DTSs**

Como se pode observar no gráfico da figura 9, a leucorreia foi o síndrome mais tratado (40,7%), seguido das úlceras genitais (35,1%) e corrimentos uretrais (21,4%).

Figura 9. Distribuição das ITS por diagnóstico Sindrómico



Quando analisamos os dados por província podemos constatar que nas província do sul, o síndrome mais frequente é a leucorreia com uma média de 54%, enquanto que nas províncias do centro e norte, o síndrome mais frequente foi a úlcera genital, com uma média de 44%. Este dado pode explicar a maior prevalência de HIV encontrada em especial na região Centro visto que a presença de úlcera genital aumenta a probabilidade de contaminação pelo HIV.

Pode-se concluir que, há imperiosa urgência na divulgação de mais informação sobre as ITS e a necessidade dos doentes procurarem tratamento o mais urgente possível de modo a se

poder quebrar a cadeia de transmissão. Por outro lado, a identificação dos contactos e tratamento dos mesmos deve constituir prioridade do programa.

Infelizmente, não existe informação sobre as relações entre existência ITS e número de parceiros, nem sobre ruptura de stocks de medicamentos usados no tratamento das ITSs.

Foi possível encontrar alguma informação nos Relatórios das províncias conforme indica a tabela seguinte.

As províncias não mencionadas na tabela não forneceram informação nos seus relatórios.

A falta de informação nos relatórios provinciais e ao nível central sobre as DTS é gritante e preocupante. Dada a importância que o controlo das ITSs tem na prevenção da infecção pelo HIV, é óbvio que este programa necessita ser reorganizado e expandido.

No entanto, pode-se concluir que em todas as províncias o número de contactos tratados em relação ao número de casos é bastante reduzido e que as ITS mais frequentes são as Leucorreias e as úlceras genitais.

Tabela 7 - Dados extraídos dos Relatórios das Províncias

Província	% de US com consulta de ITS	Número médio de ITS/mês ou (%)	% de contactos tratados	% utiliza novo protocolo para TTT	U.S. com rotura de stock de medicamentos
Cabo-Del.	Todas	2090	S/I	S/I	S/I
Niassa	80%	S/I	73% (?)	30%	S/I
Nampula	S/I	118	S/I	S/I	S/I
Sofala	Todas U.S	466	S/I		S/I
Inhambane	100%	49%	23%	S/I	-
Maputo C.	S/I	4%	S/I	S/I	S/I

3. Abordagem Socio-cultural do HIV/SIDA

Apesar dos esforços de prevenção até a data desenvolvidos no sentido de reduzir a progressão da epidemia do HIV/SIDA em Moçambique, novos casos continuam a aparecer. As campanhas de IEC não se têm traduzido em mudança de comportamento. Um dos principais argumentos para a falta de eficácia das campanhas em sido a natureza das mensagens difundidas, cujo conteúdo é muitas vezes culturalmente inadequado, não produzindo, por isso, a desejada mudança de comportamento.

Hoje ninguém contesta que o HIV/SIDA além de ser uma questão medica e epidemiológica é também um fenómeno com marcada dimensão cultural. A sua correcta contextualização só pode ser feita se se tiver em linha de conta a heterogeneidade social e cultural, os padrões institucionalizados de comportamento, os sistemas simbólicos, as estruturas de produção e distribuição de bens e serviços e as relações de poder.

Muito embora haja outros mecanismos também reconhecidos, a progressão da epidemia está profundamente associada à sexualidade dos indivíduos assim como ao comportamento sexual adoptado. Mas, a forma como os indivíduos constroem e expressam a sua sexualidade é influenciada por processos não só de natureza individual, mas também social, cultural, económica e política. Fenómenos como ritos de iniciação, casamentos poligâmicos e tradicionais, ritos de passagem, regimes de tabus, medicina tradicional, entre outros, são fortemente atravessados por componentes da sexualidade.

3.1. Predominância da extracção rural na população moçambicana

A natureza da epidemia do HIV/SIDA obriga a que determinadas categorias de análise como sejam "cidade/campo", "zonas urbanas/zonas rurais", etc. sejam relativizadas.

Com efeito, antes de se admitir que as populações urbanas ou urbanizadas têm atitudes e práticas diferentes das atitudes e práticas das populações rurais é preciso descrever as características culturais ou etnoculturais de influência rural da população urbana, uma vez que o fenómeno da urbanização da nossa sociedade não só é bastante precário como é muito recente.

Na realidade, dizer que há pessoas que vivem nas zonas urbanas e outras que vivem nas zonas rurais pode não significar muito em termos de comportamento. Isto significa dizer que as representações sobre a sexualidade e demais papéis sociais não terão mudado drasticamente apenas pela mudança de espaços societários de uns para outros nos últimos 30 anos. Ainda hoje, dos cerca de 18 milhões de habitantes que Moçambique possui, apenas três milhões e meio vive nas cidades, o que equivale a apenas 19%²⁷.

3.2. A concepção da sexualidade

Para quase todos os segmentos sociais da nossa sociedade, sexo e sexualidade pertencem ao domínio do tabu, portanto ao terreno do interdito e do desconhecido. O conhecimento e domínio da sua linguagem não só constitui um enorme desafio, porque é diferente das linguagens do quotidiano, mas também porque a sexualidade é, em sociedades como a nossa, o fundamento básico da moralidade familiar.

O fenómeno da sexualidade e o seu exercício, para além de diferenciado em função dos lugares e de vivências temporais, obedece fundamentalmente a critérios de género. Com efeito, embora a sexualidade seja geralmente entendida como um fenómeno que tanto diz respeito aos homens quanto às mulheres é percebida de maneira diferenciada, em função dos papéis sociais de género. O indivíduo é investido desde o nascimento, em razão do seu sexo, pelas representações e pelas normas que definem o lugar do seu sexo na sociedade. Assim, entende-se que há uma sexualidade eminentemente masculina e uma sexualidade eminentemente feminina⁶⁰. Por isso, a sexualidade é um recurso do poder e de força.

Em Moçambique, como acontece em muitos países da África Sub-Sahariana, a sexualidade é um direito do homem. Determinar quantos filhos terá o casal, decidir sobre quando, como e onde ter sexo, entre outros aspectos, está no quadro dos seus direitos. À mulher cabe um papel passivo. Dessa forma, a relação sexualidade masculina e prazer *versus* sexualidade feminina e reprodução; direitos sexuais do homem *versus* deveres sexuais da mulher; autoridade do pai *versus* amor da mãe, continuam sendo, o elemento estruturante da nossa ordem social⁶¹.

3.3. A concepção das Infecções Sexualmente Transmissíveis

Segundo resultado de estudo realizado, em Manica, os praticantes de medicina tradicional possuem um conhecimento bastante vasto das ITSs e um vasto leque de tratamentos de acordo com o tipo de doença. O referido estudo sublinha a existência de taxinomia de doenças sexualmente transmissíveis bastante extensas, baseadas em distinções minuciosas entre os sintomas.

Na medicina tradicional, as ITSs são interpretadas na sua maioria como resultado de violação de códigos morais ou negligência pelas tradições. Segundo Fialho existe todo um sistema articulado de regras e proibições que definem a rede social, o tempo e o espaço em que a sexualidade, enquanto acto sexual, é praticada.

É neste contexto que devem ser analisadas as representações dos indivíduos sobre Saúde Sexual e Reprodutiva, particularmente as ITSs e o HIV/SIDA. Na concepção de muitos moçambicanos, a tuberculose, por exemplo, resulta da violação de normas e não observância de rituais de purificação, em casos de “contaminação de morte” ou “poluição” decorrente de contacto sexual com uma mulher impura (menstruada e/ou que tenha realizado aborto). A tuberculose é desta forma percebida como uma doença de transmissão sexual⁶¹.

Em Moçambique, vários estudos têm mostrado que, as ITSs são vistas como “doenças de mulheres”, quer dizer, estas seriam doenças transmitidas aos homens, pelas suas parceiras. Normalmente não se contempla a hipótese de o homem poder ele próprio, também transmitir a

doença. Mesmo que tal consciência exista, o homem não passaria de simples vítima. Uma pesquisa realizada pelo Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional documenta extensamente esta percepção⁶¹.

A ideia de *Nyoka* é central para perceber a questão, contudo é importante referir que não possuímos dados que nos permitam avaliar se esta é uma percepção apenas no Sul de Moçambique ou generalizada. *Nyoka*, uma expressão simbólica e “personificada” da necessidade de respeitar o corpo humano. Alguns PMT dizem que a *Nyoka* guarda ou protege o corpo. Existem várias manifestações de *Nyoka*. A *Nyoka* de uma mulher é associada à menstruação.

A *Nyoka* seria a causadora do desconforto e cólicas pré-menstruais, pois estaria a preparar-se para evacuar toda a sujidade (óvulo não fecundado) acumulada no corpo da mulher. Manter relações sexuais com uma mulher menstruada implicaria ficar contaminado com esta sujidade que a *Nyoka* expulsa do corpo da mulher, provocando assim uma doença conhecida como *Nyoka Kundu* (doença de transmissão sexual).

Segundo Fialho, o que explica a percepção das ITSs como “doenças de mulheres” é a incompatibilidade entre a actividade que envolve sémen (o acto sexual) e as actividades, pessoas e espaços marcados pela expulsão de sangue (por exemplo, menstruação) pois a retenção de sémen é condição indispensável para a fecundidade sexual”. A origem das ITSs é normalmente atribuída a transgressões de tabus relacionados com nascimento, gravidez, casamento e morte.

3.4. Representações de Saúde e Doença na Medicina Tradicional

Na medicina tradicional as noções de saúde e doença, são bastante diferentes daquelas do modelo biomédico. Aqui estas assumem uma dimensão holística, na medida em que a doença é percebida não apenas como desequilíbrio físico, mas também como uma disfunção em relação com todo o social. Saúde e doença definem-se tendo como pressuposto as relações entre os seres humanos e o social, os seres humanos e o ambiente, os seres humanos e os antepassados e entre estes e o meio ambiente⁶².

A harmonia dessas relações é regulada por um conjunto complexo de valores, normas e práticas que orientam os indivíduos de forma a assegurar a manutenção do bem estar e harmonia social. É importante ressaltar o facto de que essas forças encontram-se interligadas ontologicamente, quer dizer, os antepassados continuam a fazer parte da vida da comunidade, em espírito, exercendo um forte poder sobre a vida dos seus e da comunidade.

Na medicina tradicional as doenças são classificadas e divididas de acordo com a sua origem ou agente causador. Existem assim, dois grupos principais, de doenças: as causadas por condições biofísicas/naturais que podem ser tratadas pelos membros mais velhos da comunidade que tenham conhecimento sobre a forma de curar tal doença; e as doenças provocadas pela intervenção de forças maléficas. Este tipo de doença exige tratamento mais complexo, que requer a intervenção dos espíritos dos antepassados, e capacidades extrasensoriais de comunicação com entidades sobrenaturais. Aqui intervêm o médico tradicional (*Nyamussoro* ou *Nhanga*) que indicam o diagnóstico e a cura por consulta aos espíritos.

3.5. O conceito de HIV/SIDA e a Negação da Doença.

O Gabinete de Estudos de Medicina Tradicional do MISAU (GEMT) tem desenvolvido, um trabalho notável na recolha de informação sobre concepções e práticas de medicina tradicional nos diferentes pontos do país. Um dos aspectos mais significativos desse trabalho é o conhecimento de doenças, sua descrição e classificação. É manifesto que todos os informadores do GEMT partem da sintomatologia no seu esforço de identificação das diferentes doenças. São, portanto as manifestações perceptíveis da doença o que permite à medicina tradicional identifica-la e dar-lhe o tratamento adequado.

O SIDA é uma doença recente que ainda não foi descrita na documentação em referência. Mas o que é realmente preocupante é a tendência de os médicos tradicionais e, por extensão, as comunidades onde eles são influentes tenderem a pôr em causa a própria existência do

SIDA. A explicação lógica é a dificuldade em destrinçar os sintomas da doença de maneira clara dado que ela normalmente se revela através das doenças oportunistas, algumas delas bem conhecidas da medicina tradicional.

A natureza do vírus de Imunodeficiência humana – HIV, suscita reservas e desconfianças junto de alguns grupos sociais. O facto de tratar-se de um vírus com longos períodos de incubação faz com que as pessoas se questionem sobre a sua existência, como é possível alguém estar infectado e não estar doente e só muito mais tarde manifestar sintomas?

A negação do HIV/SIDA resulta da falta de conhecimento acerca da distinção entre infecção pelo HIV e doença SIDA⁶³.

Na reunião realizada com praticantes de medicina tradicional, representados pelas organizações AMETRAMO, PROMETRA, Amigos e Simpatizantes da Medicina Tradicional e Medicina Alternativa, em preparação do PNCS II, um dos pontos de consenso foi a necessidade de se encontrar uma forma segura de identificar casos SIDA e a criação de uma plataforma de cooperação no que diz respeito a esta doença entre a biomedicina e a etnomedicina.

4. Factores socio-culturais e económicos que facilitam a infecção

4.1. Conhecimentos, Atitudes e Práticas

A análise dos estudos CAP realizados em Moçambique de 1990 a 2003 utilizando abordagens quantitativas e qualitativas revela a predominância de estudos realizados em adolescentes e jovens (42%)^{8, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74 e 75}.

Seguem-se os estudos abrangendo população de 15 a 49 anos (30%)^{29, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83 e 84}, grupos de risco tais como trabalhadoras de sexo, camionistas de longo curso, prisioneiros (21%)^{76, 85, 86, 87, 88, 89, 90 e 91}.

Existem também alguns estudos sobre praticantes de medicina tradicional⁹² e parteiras tradicionais (6%)⁹³.

A análise da metodologia seguida alerta-nos para o facto de não terem seguido metodologias uniformes, existindo inconsistência nas variáveis estudadas (ex: variação dos grupos etários, diferenças na apresentação de indicadores) e resultados vagos (sem quantificação ou falta de aprofundamento).

Porque muitos destes estudos são anteriores a 2002, data em que teve lugar a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas dedicada ao HIV/SIDA⁹⁴, não medem os indicadores que hoje são considerados clássicos ao nível mundial.

A falta de replicação dos protocolos com a periodicidade regular para monitorar e avaliar as mudanças registadas foi outra das limitações encontradas.

Foi também notório em alguns estudos o uso errado de conceitos e terminologia (ex: atitudes, comportamentos, percepção de risco etc.).

Apesar destas limitações, estes estudos fornecem valiosos subsídios para as estratégias de actuação preventiva.

Os estudos de grande escala, INJAD e IDS foram desenhados para serem representativos ao nível nacional, provincial e área de residência urbano-rural e são os mais citados ao longo deste texto^{64 e 29}.

Nível de Conhecimentos

O estudo do INE (INJAD)⁶⁴, que abrangeu o grupo etário de 15-24 anos, mostrou que entre 53.1 % e 69% das mulheres e 53% e 85% dos homens revelaram conhecer pelo menos 2 medidas de prevenção.

O IDS 2003²⁹ conclui por um nível de conhecimentos ainda menor, pois que só 58 % dos homens e 43% das mulheres do grupo etário dos 15 aos 24 anos conheciam pelo menos duas formas de prevenção do HIV. O nível de conhecimento varia na razão directa do nível de escolaridade. As formas de prevenção mais citadas foram a abstinência, a redução do número de parceiros sexuais e fidelidade conjugal.

Ainda de acordo com o INJAD⁶⁴, a percentagem dos jovens que rejeitam pelo menos duas concepções erradas mais comuns (aperto de mão e picada de mosquito) é bastante elevada, 98% para ambos os sexos.

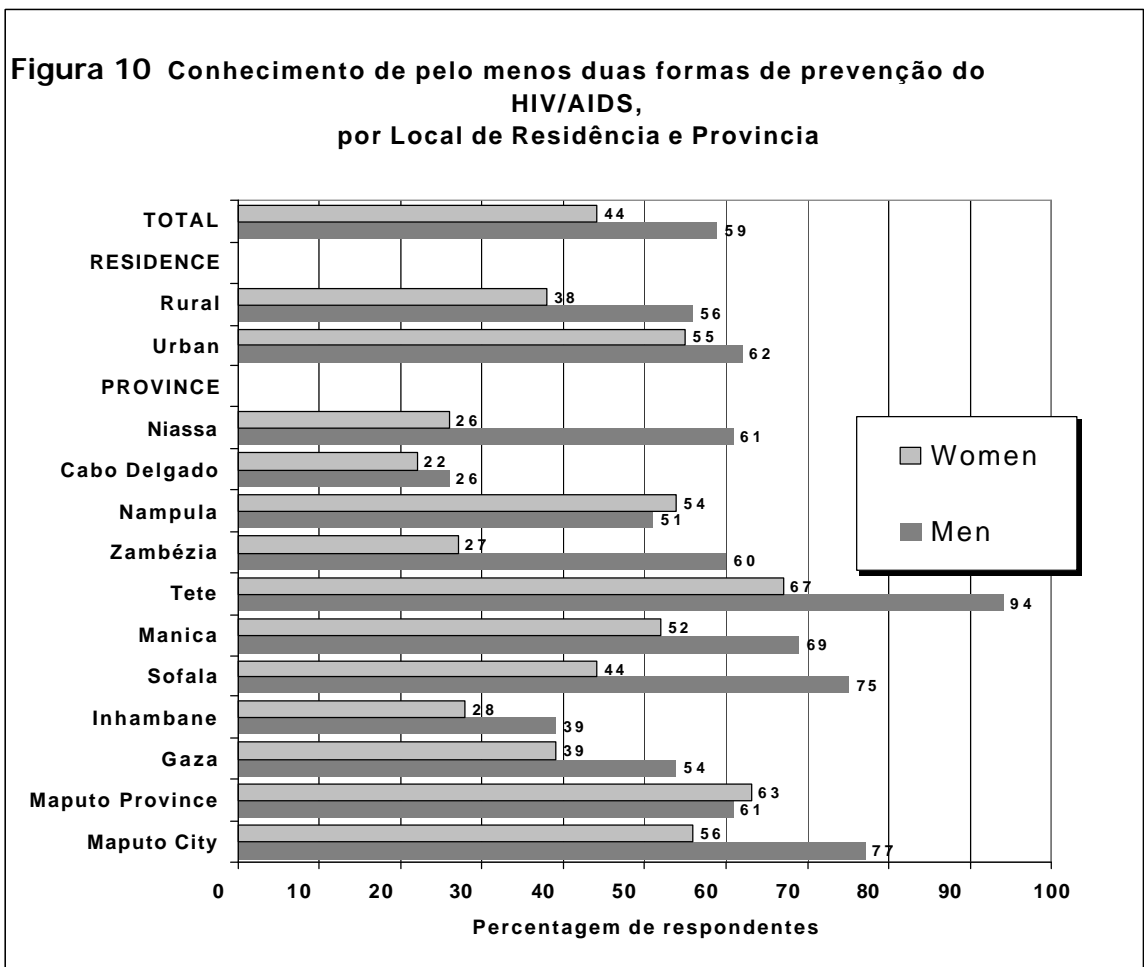
Contudo o conhecimento quanto aos perigos sobre a transfusão de sangue infectado e transmissão vertical são baixíssimos tendo as respostas correctas variado respectivamente entre 6.2% e 3.6% para mulheres e 12.3% e 8% para homens⁶⁴.

No estudo realizado, em 1996, no Instituto de ciências de Saúde de Maputo e Centro de Formação de Chicumbane⁶⁶ foi concluído que uma percentagem significativa de estudantes do cursos de Enfermagem não sabiam que agulhas sujas de sangue constituíam um dos maiores riscos de transmissão nosocomial do HIV para o pessoal de saúde. Tratando-se de estudantes de Enfermagem estes resultados são preocupantes.

Provavelmente, os resultados atrás referidos são o reflexo das fraquezas das campanhas de informação, educação e comunicação que dão pouco enfoque a estas formas de transmissão. Sabe-se que as relações sexuais são a principal forma de transmissão no entanto os resultados dos estudos sugerem que as outras formas são subestimadas.

Saifodine et al. nos estudos CAP de 1994 e 1996 em estudantes da UEM^{7 e 8} reportam melhorias no conhecimento após intervenções na área de Informação, Educação e Comunicação (IEC). Por exemplo os conhecimentos sobre a transmissão do HIV por sangue aumentaram de (86.1% vs 95.3%); transmissão por material esterilizado (82.2% vs 92.6%); transmissão mãe filho (5.2% vs 88.7%).

Outros estudos de pequena escala dão também conta para a inconsistência e falta de solidez nos conhecimentos em relação ao HIV/SIDA^{69 e 82}.



➤ **Fontes de obtenção do preservativo**

Os jovens e adolescentes de ambos os sexos identificaram a unidade sanitária e o mercado como sendo os locais mais conhecidos para a obtenção do preservativo, respectivamente (homens: 65% e 64%) (mulheres: 59% e 43%)⁶⁴.

➤ **Percentagem de pessoas de 15-49 de idade que identificam correctamente duas ou mais formas de prevenção do HIV**

O último IDS²⁹ refere que 59% dos homens e 44% das mulheres entrevistadas conheciam pelo menos duas formas de prevenção (ver Figura 10, na página anterior). A diferença é acentuada entre o meio rural e urbano. A desagregação por Províncias mostra que as mulheres sabiam menos que os homens em todas as Províncias à excepção de Nampula e Maputo Província. Isto é provavelmente devido a um mais baixo nível de alfabetização e de escolarização das mulheres. O nível de conhecimento para ambos os sexos foi maior na Província de Tete e mais baixo nas Províncias de Cabo Delgado e Inhambane. Os níveis elevados para a Província de Tete podem ser explicados pelo peso das actividades de IEC e trabalho de ONGs nesta Província que apresenta altas taxas de seroprevalência. Em relação à variável nível de escolaridade observa-se que o nível de conhecimento variou na sua razão directa.

➤ **Percentagem da população de 15-49 anos de idade que rejeita as duas concepções erradas mais comuns**

O IDS²⁹ não faz referência a este indicador, porém o estudo da World Vision⁷⁷ reporta que nas suas zonas de influência (Províncias de Gaza, Zambézia e Nampula) 71.3% entrevistados rejeitaram pelo menos 3 concepções erradas sobre o HIV/SIDA.

Atitudes e Práticas

➤ **Idade Mediana da 1ª relação sexual em jovens (15-24 anos)**

O IDS 2003²⁹ refere que a idade mediana da primeira relação sexual reportada pelo grupo etário de 20 a 24 anos foi de 16 anos para mulheres de 16.8 anos para homens. A idade mediana para ambos os sexos é mais baixa para o meio rural e varia na razão directa do nível de escolaridade. Constata-se também que quanto maior o grupo etário maior é a mediana de idade da primeira relação sexual (Tabelas 1 e 2)²⁹. Estes achados são similares aos do IDS 1997⁸³.

No estudo de Gujral et al.⁶⁵ os jovens de 15 a 24 anos reportam que a idade mediana do início das relações sexuais foi de 15 anos para ambos os sexos sendo também inferior no meio rural.

Tabela 8 Idade mediana na primeira relação sexual das mulheres de 20-49 anos, segundo a idade actual, por características seleccionadas

Característica	Idade actual				Mulheres			
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60-64 anos
Residência								
Rural	15.7	15.7	15.8	15.8	15.8	16.4	15.8	15.8
Urbana	16.5	16.5	16.7	16.6	16.6	16.8	16.6	16.6
Província								
Niassa	15.4	15.4	15.5	15.9	17.2	18.6	15.9	16.2
Cabo Delgado	15.3	14.7	14.7	15.3	14.7	15.2	15.0	14.9
Nampula	15.8	15.6	15.9	16.0	15.5	15.2	15.7	15.7
Zambézia	15.4	15.5	15.7	15.8	16.2	17.6	15.7	15.8
Tete	16.4	16.4	16.5	15.9	16.5	16.8	16.4	16.4
Manica	16.2	16.1	16.9	16.1	16.5	18.1	16.3	16.4
Sofala	16.6	16.3	16.8	16.0	16.6	18.3	16.6	16.6
Inhambane	16.1	16.0	16.0	15.9	15.9	16.2	16.0	16
Gaza	16.4	16.8	16.6	17.0	16.6	18.1	16.8	16.9
Maputo Província	16.8	16.8	16.5	16.3	16.5	16.4	16.6	16.5
Maputo Cidade	16.8	17.3	17.3	17.0	17.1	17.7	17.1	17.2
Nível de escolaridade								
Sem escolaridade	15.7	15.7	16.0	15.8	15.8	16.4	15.8	15.9
Primário	16.0	15.9	15.9	16.2	16.2	16.4	16.0	16
Secundário	17.5	18.3	17.8	17.5	18.2	19.2	17.8	19.3
Total	16.0	16.0	16.1	16.0	16.1	16.5	16.1	16.1

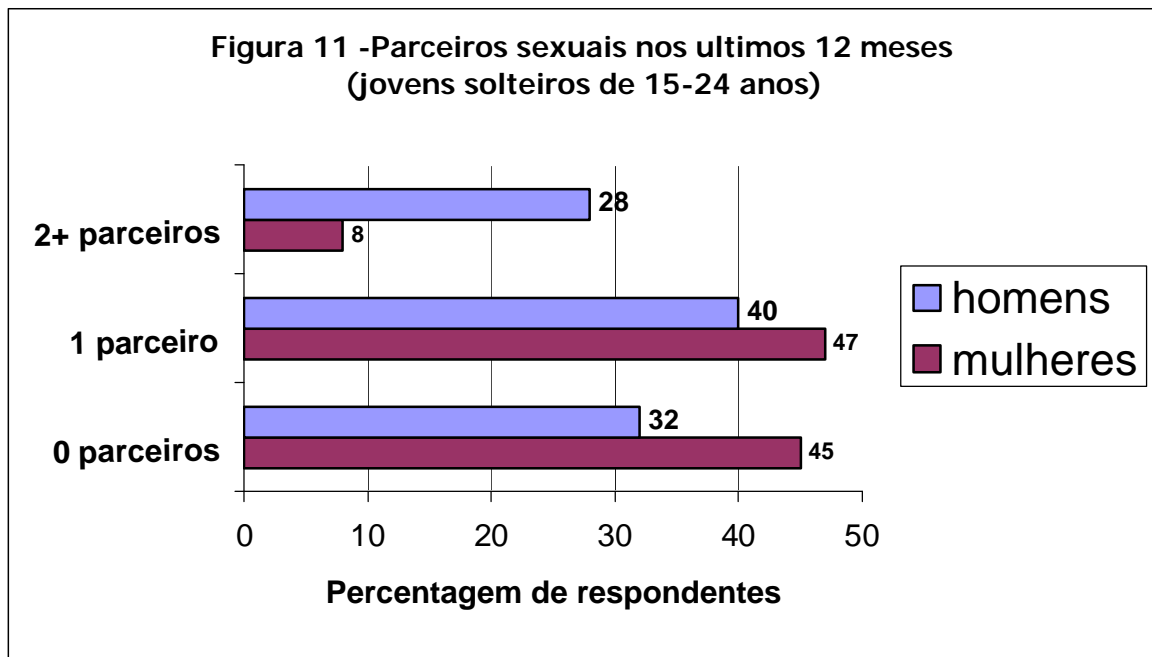
Tabela 9 Idade mediana na primeira relação sexual dos homens de 20-64 anos, segundo a idade actual, por características seleccionadas

Característica	Idade actual					Homens				
	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	20-64 anos
Residência										
Rural	16.7	16.5	17.1	17.8	17.7	18.2	19.0	19.2	19.9	17.6
Urbana	16.9	17.0	17.9	18.0	18.5	18.4	18.4	20.2	19.3	17.9
Província										
Niassa	14.7	15.8	16.2	16.7	17.5	18.6	17.2	19.7	19.9	17.0
Cabo Delgado	16.0	15.6	15.9	17.4	17.7	16.5	16.8	20.7	20.6	16.4
Nampula	16.5	16.2	16.4	18.0	18.0	18.5	19.8	19.8	20.1	17.9
Zambézia	16.4	16.9	17.5	17.6	17.5	18.1	17.1	18.1	19.7	17.4
Tete	17.6	16.4	18.2	18.6	19.7	18.2	20.0	24.1	18.4	18.3
Manica	18.4	18.3	18.4	19.3	19.2	20.7	20.6	20.9	25.4	19.0
Sofala	17.7	18.4	19.9	18.3	19.5	19.0	19.3	20.4	20.1	18.8
Inhambane	16.1	17.0	17.7	18.4	18.7	17.7	19.4	18.8	19.1	18.1
Gaza	16.4	17.4	18.7	16.8	18.0	19.0	19.7	19.9	19.7	18.1
Maputo Província	17.9	17.1	16.6	16.7	17.0	17.8	18.2	22.1	18.6	17.5
Maputo Cidade	16.8	16.8	17.1	17.6	17.8	18.4	18.1	18.8	17.6	17.3
Nível de escolaridade										
Sem escolaridade	16.3	16.1	17.1	18.1	17.6	17.8	18.5	19.6	19.5	17.7
Primário	16.6	16.9	17.4	17.8	18.0	18.3	19.0	20.0	20.0	17.8
Secundário	17.3	16.7	17.3	17.6	18.6	18.6	18.0	18.4	18.6	17.7
Estado civil										
Nunca casou	17.2	17.4	17.7	18.2	21.5	a	a	a	a	17.3
Casado	16.3	16.6	17.1	17.8	17.6	18.2	18.5	19.6	20.0	17.7
União marital	16.8	16.6	18.0	18.0	18.4	18.3	19.0	19.2	19.5	18.0
Divorciado/separado	16.3	16.8	16.3	17.4	18.3	19.0	18.0	21.2	18.6	17.4
Total	16.8	16.7	17.3	17.8	18.1	18.3	18.8	19.6	19.8	17.7

a = Omitido por insuficiência de respondentes

➤ **Parceiros sexuais.**

De acordo com a Figura 8 a percentagem de homens que reportaram ter dois ou mais parceiros é muito superior ao das mulheres. Outros estudos estão de acordo com este achado⁶⁵.



O INJAD⁶⁴ refere que 68.0 % dos homens e 33.3% das mulheres declararam terem mudado de comportamento sexual ao se consciencializarem sobre os perigos do HIV/SIDA. Ter relações com um só companheiro foi a mudança mais declarada pelas mulheres (60.9%) com ligeiro predomínio das pertencentes às zonas rurais. Ambos estudos fazem referência à relação entre mudança comportamental e escolaridade.

➤ **Uso do preservativo**

IDS 2003 refere que trinta e dois por cento dos respondentes do sexo masculino referiram ter usado preservativo nas relações extra-conjugais contra 23% do sexo feminino nos últimos doze meses. O uso é mais elevado para o meio urbano, e quanto maior o nível de escolaridade²⁹. Quando comparados estes resultados com os do IDS 1997 parecem ser mais encorajadores⁸³. No primeiro inquérito foi referido que dos homens que reportaram ter iniciado o uso do preservativo só 2% tinham usado na sua última relação sexual.

Comparando os anos de 1995 e 1998, ANDREW e al.⁸¹ referem que no seu estudo os entrevistados reportaram ter aumentado o uso de preservativos, grupo etário 15-19 (33.5%: os homens e 18.1%: as mulheres) e no grupo etário dos 20-24 anos (56,9%: os homens e 28.7%: as mulheres).

Percepção de Risco

A percepção de risco entre adolescentes e jovens é abordada em vários estudos^{64, 72, 75, 29 e 84}. O INJAD menciona vários graus de percepção de risco⁶⁴. Trinta e cinco por cento das mulheres e 42% homens referiram estarem expostos a nenhum ou baixo risco evocando como razões: terem um só companheiro, abstinência sexual, limitação do número de parceiros, uso de preservativo. Doze por cento das mulheres e 31% dos homens afirmaram ter risco elevado pelo facto de não usarem preservativo o que é inquietante.

O IDS 97 refere que os adolescentes de ambos os sexos revelaram ter uma percepção de risco menor que outros grupos etários podendo conduzir a comportamentos sexuais de risco⁸³.

As mulheres do grupo etário de 20-29 anos consideravam-se mais em risco em relação a outros grupos etários. Nos homens, os grupos etários que se consideravam estar mais em risco eram dos 30-39 anos e 50-64 anos⁸³.

O estudo do PSI⁸⁴ reporta que a percentagem dos entrevistados que se julgavam com risco moderado ou alto aumentou de 37% para 43% (1996 para 2001) com aumento acentuado no grupo de 15 aos 29 anos.

Em conclusão e, em relação a estes dois grupos, os estudos sugerem que apesar dos conhecimentos no geral serem razoáveis denotam-se fragilidades por exemplo no conhecimento sobre formas de transmissão por transfusão sanguínea e vertical de mãe para filho.

Os níveis da percepção de risco ainda são preocupantes apesar de alguns estudos terem concluído que aumentaram nos grupos mais jovens. Estes níveis são conducentes a comportamentos de risco e ao fraco poder de negociação no uso de preservativo.

Quanto às práticas sexuais estas evidenciam a não correspondência com os níveis de conhecimentos e atitudes e particularmente no uso do preservativo nas relações “extra-conjugais”. Consideramos ser ainda bastante baixo apesar de se terem registado melhorias ao longo dos anos.

Assumindo que o HIV é transmitido maioritariamente através do sexo desprotegido e que várias outras variáveis poderão influenciar o uso de preservativo, pensamos que um dos factores chave para reverter a situação da epidemia será através da indução a mudanças nos padrões de comportamento sexual e no uso do preservativo.

Trabalhadoras de sexo

O estudo de RAMIREZ⁸⁶, em 2001, numa amostra de 104 trabalhadoras de sexo da Beira (idade média: 22.6 anos) reporta que os conhecimentos eram inconsistentes (conceitos errados sobre formas de transmissão tais como tosse, beijos, abraços, roupa feitiço e espíritos maus). Quarenta e cinco por cento desconheciam o seu risco pessoal e 44% reportaram não ter usado o preservativo com seus clientes na sua última relação sexual. Vinte e três por cento das entrevistadas afirmaram terem tido contacto com alguém suspeito de SIDA durante as suas sessões de trabalho, (emagrecimento, manchas na pele, e tosse). O estudo ainda refere ainda que a baixa percepção de risco não facilita o seu poder de negociação para o uso de preservativo com os clientes⁸⁶.

O estudo CAP de 1995 em 100 trabalhadoras de sexo na cidade de Maputo referia a sua baixa percepção (67%) de puderam ser infectadas pelas DTS⁹⁰.

O estudo de base nos principais corredores do País⁷⁶ revelou que as trabalhadoras de sexo (idade média: 22,8 anos e escolaridade média: 6.2 classes) mais frequentemente usavam o preservativo com os clientes que pagavam mais. Trinta e três por cento reportou que corria risco de se contaminar com o sexo desprotegido e 45 % conhecia pelo menos dois métodos de redução do risco de infecção. Nenhuma destas trabalhadoras reportou ter procurado aconselhamento e teste voluntário.

Estes estudos revelam um baixo nível de conhecimentos, baixa percepção de risco que origina fraca capacidade de negociação, pouca mudança comportamental e são motivo de enorme preocupação. Assume-se que muito pouco se tem feito em termos de actividades de IEC e aconselhamento dirigidas especificamente a este grupo de risco.

Camionistas de longo curso

Numa amostra de 300 camionistas⁷⁶ (com idade média de 40,6 anos e escolaridade média de 7 anos) 37% reportaram ter reduzido o número de parceiros com quem não coabitavam e 45% conheciam pelo menos dois métodos de redução do risco de infecção. Só 4% procuraram aconselhamento e teste voluntário.

O estudo de Manica em 1995 refere uma baixa noção de risco e que a maioria dos camionistas não tinham mudado o seu comportamento sexual nos últimos dois anos⁹¹.

Os dois estudos neste grupo de risco alertam-nos para a insuficiência de conhecimentos e pouca mudança de comportamental. A semelhança do grupo das trabalhadoras de sexo este grupo está pouco exposto a actividades de IEC e de aconselhamento.

Prisioneiros

No estudo sobre factores de risco em prisioneiros da cadeia central e no centro feminino de Ndavela⁸⁸ foi revelado inconsistência nos conhecimentos sobre formas de prevenção e transmissão do HIV/SIDA. Por outro lado foi reportado por 35.7% dos utilizadores de drogas injectáveis o uso da mesma agulha. Dos 66 prisioneiros testados foi encontrada uma prevalência geral de 32.1% (35/109), sendo de 37.% para as prisioneiras do sexo feminino. A brochura da ONUSIDA, 2001⁹⁵ sobre boas práticas nas prisões refere que na maior parte das instituições prisionais há pouca educação dos reclusos acerca dos riscos do HIV e que a assistência sanitária aos reclusos seropositivos ou com SIDA é nula ou mínima em comparação com a que estes poderiam receber fora da prisão. As recomendações são no sentido das respostas terem em conta:

- Intervenções relativas ao consumo de drogas injectáveis, pela sua proibição ou recorrendo a outras possibilidades,
- Protecção dos reclusos que tem relações sexuais, através de informação sobre os riscos das relações não protegidas e distribuição de preservativos,
- Redução do clima de violência, pela sensibilização dos funcionários prisionais para não usarem da força ou brutalidade e respeitarem os direitos, a dignidade e o bem-estar dos reclusos,
- Acabar com a superlotação das cadeias, pois influencia negativamente nas condições higiénicas, aumenta as tensões, incluindo as do tipo sexual e favorece a transmissão das doenças,
- Reforço do direito à assistência sanitária sob controle das autoridades sanitárias. Os prisioneiros têm o direito de receber assistência médica e medicamentosa da mesma qualidade que é disponibilizada fora da cadeia. Os testes de detecção do HIV devem ser feitos com o seu consentimento prévio,
- Facilitar a informação, realizando actividades de IEC dirigidas aos funcionários e presos,
- Não isolar os reclusos devido à sua seropositividade e não divulgar o estado de seropositividade junto aos outros prisioneiros evitando discriminação e estigmatização.

Praticantes de Medicina Tradicional (PMT) e Parteiras Tradicionais

Num estudo realizado em 2003 com 138 praticantes de Medicina Tradicional nas Províncias de Maputo e Gaza constata-se que «a priori» parecem revelar um bom conhecimento sobre o HIV/SIDA⁹². No entanto ao se aprofundarem aspectos específicos sobre métodos de prevenção e transmissão revelam dúvidas e concepções erradas sobre as formas de transmissão (por picada de mosquito e beijos).

A maioria das PMT referiram-se ao uso do preservativo, esterilização das agulhas e seringas como formas de prevenção de doenças, no entanto apresentaram um baixo conhecimento sobre a esterilização de material cortante de uso próprio, como lâminas. Alguns referiram-se à necessidade de usar sempre uma lâmina nova ou dividi-la em 2 ou partes de modo a terem lâminas novas⁹².

A fidelidade e abstinência foram referidas como os meios mais eficazes de prevenção. Os PMTs referiram que tanto eles como a comunidade, não tem informação adequada sobre os locais de aconselhamento e testagem e foram de opinião que os doentes de HIV/SIDA deveriam ser conhecidos para direccionarem melhor os apoios ao nível comunitário⁹².

O estudo realizado em 1999 numa amostra de 48 Parteiras Tradicionais (PT) da Província do Niassa⁹³ aponta que estas desconheciam os perigos da transmissão vertical e de material contaminado colocando em risco a sua própria vida e dos recém-nascidos. O estudo recomenda que as PTs sejam expostas a actividades de formação e considera que elas poderão ser as difusoras por excelência de mensagens de prevenção sobre HIV/SIDA, junto às parturientes que

procuram os seus serviços. Estas conclusões são muito discutíveis à luz da experiência moçambicana e de outros países africanos sobre reciclagem de parteiras tradicionais.

4.2. Conteúdos Educacionais sobre HIV/SIDA nas Instituições de Formação e de Educação

O INDE iniciou a reforma curricular para o ensino básico onde já constam conteúdos sobre HIV/SIDA. A abordagem é transversal e holística em todas as disciplinas curriculares do nível primário (EP1 e EP2), com maior ênfase na disciplina de Ciências Naturais, pela própria natureza do tema. Os professores receberam formação específica durante o ano de 2003. Uma sondagem no início deste processo demonstrou que os professores tinham um certo receio em abordar a questão do HIV/SIDA na sala de aula por limitações de conhecimento sobre a matéria⁹⁶.

Está ainda em processo a revisão curricular para o nível secundário onde está igualmente prevista a inclusão de conteúdos sobre HIV/SIDA.

À margem da reforma curricular foram realizadas muitas acções de formação com o apoio de várias agências internacionais. O programa de formação dirigido aos professores dos CFPPs e IMAPs, que visa essencialmente formar um professor crítico e com uma prática transformadora, abrange diferentes áreas de conhecimento, nomeadamente sobre HIV/SIDA, sexualidade e adolescência, métodos de ensino e direitos humanos⁹⁷.

Estes programas foram introduzidos nas escolas muito recentemente, tendo sido essa provavelmente a razão pela qual estas perguntas não foram incluídas, nem no INJAD⁶⁴ nem no IDS 2003²⁹.

Um dos indicadores do programa e comportamento nacional mede a educação escolar sobre o HIV/SIDA em habilidades para a vida⁹⁸ e mais especificamente é traduzido pela percentagem de escolas com professores que receberam este tipo de formação no último ano. São necessárias pelo menos 30 horas de aulas por ano para que esta formação seja considerada padrão para efeitos de cálculo deste indicador. A formação baseada em habilidades para a vida inclui, por exemplo, habilidades para a comunicação interpessoal, negociação, pensamento crítico e estratégias para se proteger.

Pelos motivos atrás apontados não nos foi possível encontrar esta informação quantificada a nível do Ministério da Educação. Muito esforço está sendo efectuado para a distribuição de materiais sobre formação em habilidades para a vida que chegam aos professores através de Kits individuais.

4.3. Factores socio-culturais que facilitam a infecção pelo HIV

Poder de negociação da mulher

O acesso desigual aos recursos, o analfabetismo, a dependência económica e as desigualdades de poder e autoridade na família, na comunidade e na sociedade em geral, reforçam a subordinação da mulher, reduzindo a possibilidade desta participar em pé de igualdade em assuntos referentes a sua própria vida.

Durante os ritos de iniciação em certas zonas da província da Zambézia, por exemplo, as jovens aprendem que devem dar todo o prazer ao homem nunca se recusando ao acto sexual. No INJAD⁶⁴, os jovens quando inquiridos sobre se em alguma circunstância o esposo/ /companheiro teria razão para bater na sua esposa / companheira, igual percentagem de rapazes e de raparigas (26%) respondeu que o homem tem razão para bater na esposa quando esta se recusa a ter relações sexuais. Este tipo de condicionalismo manifesta-se em todas as situações onde a mulher é chamada a tomar decisões quanto à sua vida sexual e saúde reprodutiva.

Os trabalhos de pesquisa sociocultural e os próprios estudos CAP são unânimes em concluir que não obstante o grau de informação e conhecimento sobre o HIV/SIDA, a mulher tem dificuldade de impor a observância das medidas de prevenção contra a transmissão do HIV/SIDA, mesmo quando esteja consciente de que numa determinada ligação é elevado o grau de risco.

A recusa ou desinteresse do uso do preservativo é normalmente manifestada pelo homem. Ainda o INJAD⁶⁴ indica que, tanto rapazes como raparigas apontam o homem como principal decisor quanto ao uso de contraceptivos. A mesma situação se verifica no âmbito conjugal.

Entre jovens, a insistência no uso do preservativo por parte de uma rapariga leva invariavelmente o seu namorado a ameaçar abandoná-la ou a concluir que ela lhe é infiel, mesmo que ele constitua factor de risco pelo seu próprio comportamento. Esta é também a conclusão de outros estudos⁹⁹ e ¹⁰⁰.

Estudos feitos entre mulheres que praticam o sexo comercial levaram à conclusão de que é fraco o poder de negociação com os seus parceiros, quanto à questão da prática de sexo seguro⁸⁵. Com efeito, trabalhadoras do sexo referem que muitos dos seus clientes recusam-se a usar preservativo. Esta questão é bastante importante para entender que motivações levam as trabalhadoras do sexo a aceitar sexo sem protecção correndo o risco de contrair o vírus do HIV/SIDA. Estudos sobre percepção do risco mostram que entre o ganho imediato e o risco “abstracto” de contrair uma doença que só a longo prazo levará à sua morte, faz com que muitos indivíduos decidem pela segunda opção¹⁰¹.

Sexo Coercivo

O sexo coercivo refere-se a todas as práticas de sexo que não assentem no pressuposto do consentimento. O sexo coercivo pode assumir as mais variadas formas. É um acto que pode ocorrer tanto a nível doméstico como fora dele. As vítimas desta prática são, normalmente, crianças, jovens e mulheres. O agressor é, muitas vezes, pessoa conhecida da vítima, ligada por relações de parentesco e de sangue ou por outro tipo de relação, onde o factor poder é, em última análise, determinante. Embora esta prática seja maioritariamente contra a mulher, existe referência de práticas de sexo coercivo de tipo homossexual no contexto prisional¹⁰². No âmbito deste processo da análise da situação, os relatórios das províncias, particularmente as províncias de Sofala⁵³, Inhambane⁵⁴, Cabo Delgado⁵⁵, dão também conta deste fenómeno que, algumas vezes, ocorre no contexto de práticas rituais, como é o caso dos ritos de purificação.

Embora não existam dados estatísticos sobre as proporções que o sexo coercivo atinge em Moçambique, o inquérito acima referido⁶⁴, aponta que 40% das raparigas entrevistadas, com experiência sexual, declararam terem sido alguma vez forçadas a manter relações sexuais.

O abuso sexual de menores é frequente, em Moçambique. Estudo realizado com chefes de agregado familiar, em Ressano Garcia, revela que 90% dos entrevistados tinham consciência da existência de abuso sexual de menores. Entre as razões apontadas para explicação do fenómeno, estão o alcoolismo, a pobreza, a “natureza” do homem e a falta de legislação punitiva¹⁰³.

Estudos feitos no âmbito da educação da rapariga denunciam a exploração e abuso sexual das raparigas por professores, em troca de notas para passar de classe. Um trabalho de avaliação institucional e da literatura sobre os cuidados e prevenção do HIV/SIDA, cruzado com dois estudos de caso no bairro da Manga (cidade da Beira) e distrito de Murrumbala (província da Zambézia) revela a grande incidência desta prática ao ponto de classificá-la como um factor de transmissão do vírus que causa a SIDA¹⁰⁴. Na verdade, todas as formas de sexo coercivo podem aumentar significativamente a probabilidade de transmissão do HIV, tanto mais que o abusador não praticará, com certeza, sexo seguro.

Estudos realizados revelam que muitas jovens e mulheres vítimas de violência sexual não têm procurado apoio, com medo de represálias e da falta de compreensão por parte das instituições competentes, pois com frequência, são criticadas por denunciar os seus parceiros e acusadas de terem instigado os homens a violá-las, com atitudes e vestuário provocantes. Dados recolhidos em Cabo Delgado dão conta da existência de violação sexual que passam despercebidas porque nunca são referidas às estruturas apropriadas¹⁰⁵.

Práticas etnoculturais e Ritos de Purificação

De acordo com estudos realizados por LOFORTE¹⁰⁶ e DE GRAÇA¹⁰⁴ já referidos antes, a morte é geralmente vista como uma força contaminadora ou poluente. Assim, passado o período de luto, é preciso realizar um conjunto de ritos de purificação para que as pessoas

retomem suas vidas normais. São variadas as formas que assumem os ritos de purificação, dependendo do tipo da morte, do estatuto social do morto, da região do país onde ela ocorre.

No caso da morte de um cônjuge, por exemplo, sobretudo quando é uma mulher que perde seu marido, no Sul de Moçambique diz-se que a mulher tem *ndzaka*, isto é, está impura. O acto da purificação, entre outros aspectos, tem na realização do acto sexual (Ku tchinga), o ponto culminante, devendo a mulher dormir com outro homem, de preferência parente mais próximo do defunto.

Considera-se esta prática mais enraizada na província de Gaza, mais concretamente nos distritos de Massingir, Guijá, Mabalane e Chigubo. Na província de Manica, onde esta prática também ocorre, ela é chamada de "*pita kufa*" ou "*pita nhaka*" e o ritual é o mesmo. O conselho da família escolhe a pessoa com quem a viúva deve manter relações sexuais. Na Zambézia, o fenómeno é conhecido por "*okaka*".

Em todas as situações, essa relação marca o momento de passagem do estado de impureza, em que a família se encontra, para o estado da normalidade. Esta prática, não só constitui, algumas vezes uma violência simbólica uma vez que a mulher não tem escolha, como expõe ambos os intervenientes no acto ao risco de infecção pelo HIV/SIDA.

Ritos de iniciação e circuncisão

Em grande parte das zonas rurais do país, a educação sexual dos jovens é, ainda hoje, grandemente mediada pelos ritos de iniciação. Nessas cerimónias os oficiantes e os mais velhos de uma maneira geral têm o papel de transmitir conhecimentos, valores e normas ligadas à sexualidade e às responsabilidades sociais da vida adulta aos mais novos.

Os ritos de iniciação e toda a outra forma de educação sexual são processos que condicionam nos jovens as atitudes e práticas futuras no exercício da sua sexualidade. No entanto, devido ao processo de mudanças estruturais que a sociedade vem sofrendo estas práticas têm que de ser vistas num contexto onde o cruzamento entre o "tradicional" e o "moderno" é marca constante¹⁰⁷.

É todavia comum a recomendação aos rapazes e raparigas que passam pelos ritos de iniciação ou por qualquer outro processo formal de educação sexual de normas de higiene pessoal, a responsabilidade na conduta sexual e a vantagem da abstinência sexual até depois do casamento. A inclusão dos ritos de iniciação na listagem dos factores que facilitam a infecção pelo HIV/SIDA não tem, por isso justificação, do mesmo modo como a educação sexual levada a cabo nas escolas também não pode ser considerada facilitadora da disseminação do HIV/SIDA. A circuncisão masculina e algumas práticas estéticas como tatuagens faciais e corporais, actos em que se utilizam instrumentos cortantes e perfurantes sem a observância de regras de assepsia. Note-se, no entanto, que estas práticas nem sempre estão ligadas aos ritos de iniciação. Na maior parte do país, onde essas práticas ainda se realizam, a circuncisão e as tatuagens são efectuadas fora do contexto dos ritos de iniciação, embora sempre durante a adolescência.

A circuncisão é descrita pela maior parte dos relatórios das províncias, com destaque para as províncias de Gaza¹⁰⁸, Inhambane⁵⁴, Sofala⁵³, Zambézia⁶³, Nampula⁵⁷, Cabo Delgado⁵⁵ e Niassa⁵⁶. Na província de Inhambane, por exemplo, a circuncisão é associada aos mitos da masculinidade, como sendo a forma de habilitar o homem a proporcionar maior prazer à mulher⁵⁴. Segundo dados contidos no relatório daquela província há, inclusivamente, a crença de que a mulher local não aceita praticar sexo com um homem não circuncidado⁵⁴.

Os mesmos estudos^{104 e 106} apontam para que o enfraquecimento da estrutura familiar tradicional, que tinha grande controlo parental, não só contribui para a diminuição da idade da primeira relação sexual, tanto para rapazes quanto para raparigas, como também evidencia o fenómeno de liberação dos costumes onde o exercício da sexualidade se realiza cada vez mais longe do círculo de influência da família ou de outras instituições de socialização primária.

O "Sexo Terapêutico"

O "sexo terapêutico" é também uma prática que aumenta consideravelmente os índices de disseminação do HIV/SIDA. Trata-se da crença de que um homem infectado com uma ITS pode

“limpar-se” da doença fazendo sexo, naturalmente desprotegido, com uma parceira ocasional, se necessário submetida à força, o que caracteriza as situações de violação. Normalmente, este acto realiza-se a conselho de um médico tradicional como parte do processo de tratamento.

Dados recolhidos na província de Zambézia dão conta de que esta prática, conhecida pelo nome de *okaka*⁶³ está muito generalizada.

Esta realidade da Zambézia não parece apenas exclusividade daquela província. Embora a informação disponível não seja tão detalhada e objectiva quanto a conseguida na Zambézia, há referências da mesma prática em outras províncias.

No entanto, contrariamente ao que acontece em alguns países vizinhos de Moçambique, a prática de sexo com virgens ou crianças, como parte de tratamento da própria SIDA parece ainda pouco frequente.

Uso de instrumentos cortantes e/ou perfurantes

Uso de instrumentos cortantes e/ou perfurantes é bastante generalizado no país, principalmente por que está associado ao processo terapêutico da medicina tradicional. São as “vacinas”, são as tatuagens e a circuncisão, masculina onde esta prática ocorre. A utilização de instrumentos cortantes ou perfurantes sem esterilização prévia aumenta o risco de disseminação do HIV/SIDA.

Sexo comercial

Pode considerar-se que há dois tipos de sexo comercial: o tipo clássico que envolve as trabalhadoras do sexo, cuja base de sustento é, assumidamente, a venda de sexo. O segundo tipo, que se configura como uma prostituição com uma componente de abuso de menores, envolve raparigas mais novas.

Embora nos dois tipos se evidencie uma combinação de factores como a pobreza e a desestruturação familiar, a construção das novas identidades baseada nos valores da sociedade de consumo, leva muitos jovens, principalmente raparigas menores, a envolver-se sexualmente com homens de posse em troca de bens materiais.

No mercado de sexo, estas raparigas procuram os ganhos que de outro modo não podem alcançar, enquanto que os homens procuram prazer sexual como forma de exercício de poder económico que detêm¹⁰⁹. Na realidade, são os homens com recursos financeiros, portanto que podem pagar, que alimentam este tipo de negócio. Acredita-se em certos círculos sociais que ter uma rapariga jovem não só confere um certo “status” a este homem como também faz parte do exercício da masculinidade.

Prática de relações homossexuais

Não existem estudos sobre a homossexualidade em Moçambique se bem que haja indicações da sua ocorrência quer como acto ritual, quer por orientação sexual, quer ainda como prática de sexo comercial.

No entanto, nas entrevistas feitas às entidades oficiais ligadas ao sistema prisional houve referência a ocorrência de práticas homossexuais nas cadeias. Tais práticas são normalmente perpetradas por prisioneiros mais antigos com recurso à violência ou intimidação sobre prisioneiros recém-chegados. Por vezes, a ligação homossexual tem por motivação a busca de protecção contra a violência típica de alguns sistemas prisionais.

Um estudo realizado, em 2002, sobre a situação do HIV/SIDA nas prisões¹⁰², aponta que as taxas de prevalência no universo estudado são de 32.1%, sendo 37.2% nas mulheres e 28.78% nos homens. No entanto, não é claro se estas taxas decorrem de infecções contraídas dentro das cadeias ou se elas ocorreram antes do confinamento. O que é de assinalar é o facto de aquela taxa estar muito acima da média nacional, o que é bastante revelador de que algo deve estar acontecendo.

Toxicod dependência

Contrariamente a muitos países fora do continente africano, a relação entre o uso de drogas na propagação do HIV/SIDA, em Moçambique, tem sido considerada como quase nula, embora

não existam estudos que sustentem esta conclusão. Informação disponível sobre a problemática das drogas não faz nenhuma referência a práticas que possam resultar no risco directo à infecção pelo consumo de estupefacientes, sobretudo drogas injectáveis. Contudo, uma vez que o estado de psicológico do consumidor de droga pode estimular o aumento de comportamento sexual de risco, pode inferir-se que este grupo corre maiores riscos de contrair o vírus ou infectar seus parceiros. Neste sentido, o uso de drogas está no mesmo patamar que o consumo de álcool, sendo ambos catalisadores de comportamentos sexuais de risco.

Tomando esta realidade como pano de fundo, os dados disponibilizados pelo Gabinete Central de Combate à Droga, no seu Relatório de 2003¹¹⁰, devem ser tomados como alarmantes¹¹¹, uma vez que o número de consumidores de drogas vem crescendo de 539, em 2001, para 596 e 630 em 2002 e 2003, respectivamente. Isto significa, por outras palavras, que os toxicodependentes como grupo de alto risco está aumentando, exigindo, desde já, um trabalho direccionado e específico.

Influência das lideranças comunitárias

Há cada vez mais consciência da preponderância da integração das lideranças comunitárias nos esforços de combate à epidemia. Quase todos os relatórios dos Núcleos provinciais de Combate ao HIV/SIDA apontam um certo crescendo no envolvimento ou na necessidade urgente de envolver estas personalidades locais na estratégia de luta contra a doença.

O envolvimento das lideranças comunitárias no combate ao HIV/SIDA justifica-se pelo facto destes serem vistos pelas comunidades como os “gestores” das tradições e das práticas culturais. Como a sexualidade é um fenómeno com uma forte carga simbólica, a mensagem da luta contra o HIV/SIDA pode passar mais depressa quando emitida por estes actores.

Segundo dados vindos da Província de Cabo Delgado⁵⁵, o envolvimento dos líderes comunitários vem crescendo a um ritmo encorajador no meio rural.

Devido à natureza do seu trabalho, os praticantes de medicina tradicional são, em regra, bastante respeitados e influentes na comunidade. O médico tradicional normalmente assume o papel de guardião de valores, até porque este pode combinar a função de líder religioso e comunitário. É sob esta perspectiva que se deve considerar a sua participação no esforço de promoção do comportamento sexual seguro.

4.4. Factores económicos que condicionam comportamentos de risco e que facilitam a infecção pelo HIV e sua transmissão

A evolução da epidemia do HIV/SIDA é condicionada por múltiplos factores de natureza sócio-económica. De entre estes, destacam-se a pobreza e toda uma série de variáveis sócio-económicas a ela associadas, tais como o desemprego, o deficiente grau de segurança alimentar e nutricional, outros factores ligados às condições de vida da população. Existem também lugares de fluxos de pessoas e formas de organização de actividades sócio-económicas em aglomerados humanos que propiciam a prática do sexo ocasional e do comércio do sexo tais como entrepostos ao longo dos corredores de transporte, os lugares de realização de grandes obras de infra-estruturas económicas e sociais (como estradas e pontes, barragens e linhas férreas) sobretudo nas zonas rurais, os centros de diversão nocturna, e os mercados informais. Para uma adequada resposta nacional à epidemia torna-se fundamental compreender a sua dinâmica tendo em consideração a sua relação com os diversos aspectos desta realidade sócio-económica.

Pobreza

Ao criar vulnerabilidade nas pessoas e comunidades, a pobreza (sob as suas diversas formas, manifestações) cria condições favoráveis à propagação da epidemia do HIV/SIDA. Ademais, algumas das determinantes da pobreza (como por exemplo o grau de sofrimento pela fome, desnutrição, o grau de educação escolar, fraco acesso aos serviços de saúde, etc.) são também associadas às condições que facilitam a propagação da epidemia. Por outro lado (e como se verá em outras secções da análise da situação), o HIV/SIDA agrava a situação de pobreza das famílias e comunidades. Torna-se assim necessário colocar a evolução e a

estratégia de resposta à epidemia do HIV/SIDA no contexto global da evolução da pobreza e do seu combate em Moçambique.

A determinação das taxas de ocorrência de pobreza em Moçambique usa a metodologia do custo das necessidades básicas na construção das linhas de pobreza, tendo-se construído a linha de pobreza total como a soma da linha de pobreza alimentar e a linha de pobreza não-alimentar¹¹². São considerados agregados pobres aqueles que, em média, gastam menos que a linha de pobreza total para a satisfação das necessidades básicas de cada membro da família.

➤ Pobreza absoluta

De acordo com os dados existentes e os resultados de estudos realizados pelo Governo, a proporção dos agregados familiares vivendo abaixo da linha de pobreza total em Moçambique diminuiu de 69.4% em 1996-97 para 54.1% em 2002-03 (Tabela 10)¹¹². Esta melhoria aparenta ter-se verificado mais nas zonas rurais, onde também, a pobreza era (e permanece) mais frequente.

Tabela 10 Percentagem da população vivendo abaixo da linha de pobreza: 1996/97 e 2000/3

	Estimativas de Incidência da		
	1996/97	2002/03	Variação
Nacional	69.4	54.1	-15.3
Urbana	62	51.5	-10.5
Rural	71.3	55.3	-16
Diferença (Rural-Urbana)	9.3	3.8	-5.5

➤ Pobreza de rendimentos

Entre os factores associados à pobreza geral (ou total) encontram-se os rendimentos dos agregados familiares, que em grande parte determinam a capacidade de satisfação das necessidades básicas. De acordo com os resultados dos Inquéritos aos Agregados Familiares conduzidos pelo INE a percentagem da população com um rendimento de menos de 1 dólar (de Paridade de Poder de Compra) por dia por pessoa diminuiu de 37.9% em 1996/7 para 20.3% em 2002/3, enquanto que aquela com menos de \$2 diminuiu de 78.4% para 59.2% (Tabela 11)¹¹³.

Tabela 11 Percentagem de População com menos de 1 e menos de 2 Dólares (Poder de Paridade de Compra) por pessoa por dia

Ano de Inquérito	1996/7	2002/3	Variação
Com menos de \$1/dia	37.9	20.3	-17.6
Com menos de \$2/dia	78.4	59.2	-19.2
Diferença ([<\$2] - [<\$1])	40.5	38.9	-1.6

Diminuiu também a diferenciação na pobreza de rendimentos, embora esta se tenha verificado mais pela maior graduação dos que tinham rendimentos abaixo de \$2 para níveis de rendimentos superiores (19.2%), do que pela graduação dos que tinham rendimentos abaixo de \$1 que foi relativamente menor (17.6%). Por outras palavras, os mais pobres dos pobres beneficiaram relativamente menos dos progressos realizados na redução da pobreza.

Em 2002/03, e de acordo com a mesma fonte¹¹³, 80% da população partilha somente 46.6% do consumo total em Moçambique, significando que existe uma porção pequena da população, menos de um quarto, que consome mais de metade do consumo total do país. Estes elementos sugerem um elevado grau de desigualdade de oportunidades de acesso ao consumo, consistentes com o grau de ocorrência da pobreza geral e de rendimentos acima notado.

➤ Profundidade da pobreza

Enquanto a taxa de ocorrência da pobreza dá uma medida da parte da população que no seu consumo não consegue satisfazer as necessidades básicas (i.e., não atinge o valor definido pela linha de pobreza), ela não nos diz a distância a que os pobres se encontram em relação a essa linha (i.e. "quão pobres são os pobres"). Este último aspecto é medido pelo índice de profundidade da pobreza.

De acordo com a avaliação nacional da pobreza em Moçambique (Tabela 12)¹¹² em 2002/3 os pobres estavam 10.3% abaixo da linha da pobreza, contra 15.6% em 1996/7. Por outras

Tabela 12 Índice de profundidade da pobreza (ou medida de "Quão pobres são os pobres") em Moçambique

	1996/7	2002/3	Variação
País	15.6	10.3	-5.3
Urbano	14.6	9.6	-5.0
Rural	15.9	10.7	-5.2
Diferença (Rural-Urbana)	1.3	1.1	-0.2

palavras, não só diminuiu a proporção da população que está abaixo da linha de pobreza, como também se reduziu a distância média a que o consumo médio dos pobres se encontra abaixo da satisfação das necessidades básicas. Nota-se também que não existe quase nenhuma diferença entre as zonas rurais e urbanas na variação da profundidade da pobreza

➤ Outras formas de pobreza .

Os indicadores de rendimento e consumo privado das famílias somente avaliam uma parte da pobreza em geral, e não espelham todos os aspectos das condições de vida e bem estar susceptíveis de propiciar ou não a propagação da epidemia do HIV/SIDA e que são também associados com a pobreza. Por exemplo, a capacidade de realizar despesas pode exprimir o grau de relacionamento das famílias com a economia monetizada, e ser assim uma medida indirecta do grau de isolamento ou integração da economia familiar em relação aos mercados (e assim do acesso ou não aos bens e serviços não localmente produzidos e que podem ser essenciais para uma qualidade de vida razoável). A posse de bens é importante porque entre estes se encontram aqueles que geram rendimentos, os que dão a protecção física e as condições de sanidade, acesso ao conhecimento e informação, entre outros. Todos estes factores são potenciais determinantes da vulnerabilidade das pessoas ao HIV/SIDA e doenças correlacionadas, bem como do acesso ao seu tratamento ou à mitigação dos seus efeitos.

Despesa mensal

Em média, a despesa per capita em termos reais cresceu em quase 50% entre 1996/7 e 2002/3 (Tabela 13)¹¹³. Porém cresceu mais a despesa por pessoa dos residentes urbanos do que a dos residentes rurais. Assim em lugar de diminuir, aumentou (embora ligeiramente) a diferença entre a população rural e a população urbana no que respeita a despesa mensal real efectuada por pessoa. Com efeito, em 2002/3 a despesa por pessoa da população rural representou 42.6% da despesa por pessoa da população urbana, o que significa uma redução (embora ligeira) em relação a 43.3% em 1996/7¹¹³.

Tabela 13 Despesas mensais per capita segundo a área de residência, a preços constantes

Área de Residência	1996/7	2002/3		Variação	
	Preços constantes	Preços correntes	Da despesa	Dos preços	
Urbana	282,527	420,866	523,101	49.0%	24.3%
Rural	122,366	179,287	230,553	46.5%	28.6%
Rural/Urbano (%)	43.3%	42.6%	-	-0.7%	-

Por outro lado, verifica-se que os preços a que se realizou a despesa rural aumentaram a uma taxa mais elevada que os preços urbanos. Tal sugere que durante este período (1996/7 e 2002/3) desenvolveu-se uma pressão da procura (ou défice da oferta) maior nas zonas rurais do que nas cidades, ou que os custos de transacção (transportes, etc.) subiram mais rapidamente nas zonas rurais do que nas cidades, ou ambos¹¹³.

Ordenando a população pela despesa mensal por pessoa realizada em 2002/3, nota-se que a quinta parte inferior na escala realizou uma despesa de 89,000.00MT por mês por pessoa, o que representou cerca de 42% da despesa per capita efectuada pela terceira quinta parte (terceiro quintil). Nota-se também que a primeira quinta parte no topo superior da escala de consumo realiza uma despesa mensal por pessoa que é dez (10) vezes superior à realizada pela quinta parte inferior¹¹³.

Estes elementos indicam claramente que existe uma grande desigualdade entre a população rural e a urbana, bem como entre os grupos sociais na sua capacidade de realizar despesas monetizadas e, relacionado com isso, o seu grau de ligação com o mercado.

Posse de bens

A importância da posse de bens de uso duradouro deriva do facto de que eles fornecem serviços, alguns de consumo final com efeito directo na saúde (e.g. habitação) ou no acesso aos serviços e Educação para a Saúde (e.g. meio de transporte e meios de comunicação de massa como a rádio e a televisão). Alguns bens de uso duradouro podem ter um impacto indirecto sobre o bem estar por em parte constituírem meios de geração de rendimento (e.g. transporte de carga, máquinas de costura). A posse de bens de riqueza pode assim determinar o grau de bem estar que condiciona a susceptibilidade das pessoas a viverem e a enveredarem ou não por práticas que facilitam ou não a propagação da epidemia do HIV/SIDA.

Os resultados do IAF 2003 e do QUIB 2001 mostram uma tendência de diminuição da percentagem dos agregados familiares que possuem bens de uso duradouro (Tabela 14)^{113 e 114}. Assim, a proporção de agregados familiares com posse de casa diminuiu em 2.2 pontos percentuais (p.p.), sendo a maior diminuição verificada em Cabo Delgado, onde entre 2000/01 e 2002/3 menos 5.5% dos agregados deixaram de ter posse casa. Em todo o país, somente na cidade de Maputo se verificou um aumento da proporção dos agregados familiares que possuem casa. Verificou-se também uma diminuição substancial da proporção das famílias que têm máquinas de costura e rádio, em 1.4 p.p. e 4.0 p.p. respectivamente. Aumentou ligeiramente a posse de meios de transporte como moto e bicicleta sobretudo nas províncias de Niassa, Manica e Tete. Pelo contrário, diminuiu a posse destes meios de transporte nas populosas províncias de Zambézia e Nampula.

Tabela 14 Proporção dos agregados familiares que possuem vários bens em 2000/1 e em 2002/3, segundo determinadas características seleccionadas (em %)

Característica	2002/2003								
	Casa	Carro	Moto	Bicicleta	Ferro	Máquina de costura	Televisor	Rádio	
1. Total	91.2	1.6	1.2	28.1	5.0	3.3	6.3	45.5	
2. Rural	94.8	0.4	0.7	31.8	0.4	2.1	0.7	41.5	
3. Urbano	82.7	4.3	2.3	19.4	15.8	6.0	19.5	54.8	
2000/2001									
1. Total	93.4	1.7	1.0	27.2	4.5	4.7	5.1	49.5	
2. Rural	96.8	0.5	0.5	30.7	0.3	3.3	0.3	43.6	
3. Urbano	84.3	5.0	2.3	17.9	15.7	8.4	18.0	65.3	
Variação de 2000/2001 a 2002/2003 em pontos percentuais (pp)									
1. Total	-2.2	-0.1	0.2	0.9	0.5	-1.4	1.2	-4.0	
2. Rural	-2.0	-0.1	0.2	1.1	0.1	-1.2	0.4	-2.1	
3. Urbano	-1.6	-0.7	0.0	1.5	0.1	-2.4	1.5	-10.5	

De sublinhar a redução na proporção global dos agregados familiares com posse de rádio de 49.5% para 45.5%. Isto foi muito mais acentuado nas zonas urbanas pois que nestas a diminuição foi de 65.3% para 54.8%, provavelmente, devido a uma maior preferência pelo televisor. Nas zonas rurais a posse de rádio também diminuiu mas em menor escala (de 43.6% em 2001/02 para 41.5% em 2002/3. No que respeita à posse de televisor a proporção das

família que o têm no país subiu de 5.1% em 2001/02, para 6.3% em 2002/83. Embora a proporção das famílias com posse da televisão nas zonas rurais tenha neste período aumentado mas que nas zonas urbanas, sua posse permanece ainda muito baixa no campo, pois que nestas zonas somente 0.7% possuem televisão¹¹³.

Mais adiante, neste documento analisaremos as implicações destes dados para a formulação das estratégias de comunicação.

Dado o período de tempo relativamente curto entre uma observação e outra (dois anos), as variações verificadas são deveras substanciais, sugerindo uma grande instabilidade na base material de suporte de bem estar das famílias.

Proporção de pessoas que sofrem de fome

Em 2000/01, mais de dois terços dos agregados familiares em Moçambique reportavam dificuldades de satisfazer as suas necessidades alimentares (uns raramente, outros algumas vezes, e outros ainda muitas vezes ou sempre)¹¹⁴. A proporção dos agregados que reportavam ter tido estas dificuldades "Algumas" ou "Muitas vezes" atingia 33.2% e 18.9% respectivamente. As províncias mais afectadas por este fenómeno (combinação das proporções de famílias reportando "Algumas" e "Muitas" vezes com dificuldades alimentares acima da média nacional) eram as de Nampula (48.5 e 16.9), Inhambane (36.8 e 28.2), Maputo (36.9 e 17.6), Cabo Delgado (34.8 e 9.6). Niassa é a única província em que quase dois terços (64.8%) dos agregados familiares reportaram "Nunca" terem tido dificuldades de satisfazer as suas necessidades alimentares¹¹⁴. Não existem elementos estatísticos para se avaliar a evolução desta situação nos anos subsequentes, nem a sua relação com a ocorrência de calamidades naturais na várias regiões do país.

Desnutrição crónica nos menores de 5 anos

Em 1997, um terço (36%) das crianças moçambicanas com menos de 5 anos de idade sofria de desnutrição crónica (baixa altura para a idade)²⁹, e esta proporção representava 18 vezes mais do que seria de esperar numa população saudável e bem nutrida¹¹⁵. Entre 1997 e 2001 a situação agravou-se¹¹⁴, pois que esta percentagem era ainda maior (44%), sendo a Zambézia a província mais afectada (62%). As províncias menos afectadas eram: Gaza (35%), Inhambane (31%), Maputo Província (26%) e Maputo Cidade (20%). A zona urbana apresentava 31% de crianças com desnutrição crónica e em zona rural essa taxa era de 49%. As crianças filhas de mães analfabetas e as que não viviam com as mães eram as que apresentavam maiores taxas (47%) de desnutrição crónica¹¹⁴.

Do total de crianças examinadas em 1997, 16% apresentavam desnutrição crónica grave, o que representava 123 vezes mais do que seria de esperar numa população saudável e bem nutrida. A situação era mais grave em 7 províncias, que apresentavam níveis de desnutrição crónica superiores à média nacional: Cabo Delgado (57%), Niassa (55%), Tete (46%), Manica (41%), Sofala (39%), Nampula (38%) e Zambézia (37%)¹¹⁵.

Os dados preliminares referentes ao ano de 2003 sugerem a continuação da tendência de agravamento da desnutrição crónica que já tinha sido notada em 2002, pois que em 2003 a taxa de desnutrição crónica foi de 41% (sendo de 49% em zona rural e 29% em zona urbana)²⁹. Cinco províncias tinham taxas superiores à média nacional (Cabo Delgado 56%, Zambézia 48%, Tete e Niassa 46% e Sofala 42%), e a Província de Nampula tinha níveis de desnutrição crónica idênticos à média nacional. Uma em cada 5 crianças (18%) apresentava desnutrição crónica grave²⁹.

Desemprego, em particular na juventude, particularmente do sexo feminino

Apesar de que o desemprego feminino no sector não agrário é um dos indicadores da UNGASS, em Moçambique não existem estatísticas acerca do desemprego. Neste momento o Instituto Nacional de Estatística está a desenvolver os conceitos e a preparar-se para num futuro breve recolher e processar estatísticas sobre o desemprego e emprego (incluindo o sector informal). Torna-se assim importante e urgente que este projecto do INE seja levado a bom termo.

4.5. Condições de vida da População:

As condições de vida da população são também factores contribuintes para facilitar a transmissão do HIV.

Condições da Habitação

Segundo dados do Governo¹¹² a prática corrente mostra que à medida que os rendimentos da população crescem, cresce também o investimento das populações na melhoria da qualidade de habitação, para além de ser reserva de riqueza, é um vector de melhoramento do nível de vida.

Em 2000-01 maior parte da população moçambicana possuía casa própria (93% em média), sendo a província de Zambézia a que se encontra melhor posicionada (98%), seguindo-se a província de Inhambane com 97% estando Maputo cidade posicionada em último (77%)¹¹⁴.

Quanto ao material predominante no tecto da casa^{112, 113 e 114} registou-se uma certa melhoria. No período de 1996/97 a 2002/03 a percentagem de agregados com cobertura de materiais melhorados como zinco ou lusalite cresceu de 14% para 23% tendo havido uma redução no número de pessoas que utilizam cobertura de palha, o que é um bom sinal¹¹³.

No que diz respeito ao material predominante nas paredes das casas, segundo dados de 2002/03 maior parte da população faz o uso de paus maticados (38%), seguindo-se adobe com 31%. São poucos os que utilizam madeira e zinco (2%). Entre 2000/01 e 2002/03 verificou-se uma redução da população que recorre aos paus maticados de 42% para 38% e um aumento de 13% para 14% dos que recorrem a blocos^{113 e 114}.

Grande parte da população moçambicana (52%) utiliza como energia para iluminação o petróleo/gás, sendo a província de Inhambane a melhor posicionada (76%). Entre 2000/01 e 2002/03 verificou-se um incremento de 52% para 54% das pessoas que utilizam o petróleo/gás e de 6% para 7% das que utilizam a energia eléctrica (que ainda assim considera-se muito baixo, por exemplo só 1% da população rural é que utiliza electricidade contra 21% da zona urbana)^{113 e 114}.

No tocante à energia utilizada para cozinhar a situação é mais preocupante. Em 2000/01 96% da população fazia o uso de lenha e só 1% é que fazia o uso da electricidade. As províncias de Cabo Delgado e Niassa são as que possuíam praticamente cerca de 100% da sua população a utilizar a lenha. Situação diferente registou-se na cidade de Maputo, com cerca de 51% (bem abaixo da média nacional de 96%) da sua população a utilizar a lenha/carvão e 10% a utilizar a electricidade¹¹⁴.

Apesar de se verificarem ligeiras melhorias nas condições de vida da população, ainda é preciso dar-se um salto muito grande. A baixa qualidade da habitação, associada a outros factores como condições de saneamento, abastecimento de água, pobreza de rendimentos e de consumo privado, agrava a vulnerabilidade da população à infecção pelo HIV e ao SIDA e as doenças oportunistas a eles associados.

Condições de Saneamento do Meio

Em 2001, a maioria da população (58%) vivia em casas sem instalações sanitárias e sem latrina. A pior situação foi encontrada nas Províncias da Zambézia (93%) e de Nampula 73%, mas esta taxa era superior à média nacional em 2 outras províncias: Sofala (67%) e Tete (63%)¹¹⁴. Esta situação não revela grande progresso em relação a 1997, altura em que 60% da população vivia em casas sem instalações sanitárias e sem latrina²⁷.

Em 2002/03 verifica-se ainda uma ligeira diminuição (de 58% em 2001 para 55% em 2002/03), mantendo-se Zambézia (81%) e Nampula (73%) em pior situação e Sofala (69%) e Tete (57%) com taxas acima da média nacional¹¹³.

Segundo SHRIMPTON¹¹⁶, em Moçambique, a ausência de instalações sanitárias e de latrinas em casa é um dos factores mais predictivos, tanto de desnutrição crónica como de desnutrição aguda. Esta associada às infecções gastrointestinais e com parasitoses que afectam a Saúde e o estado nutricional das mães (especialmente durante a gravidez), é um dos factores predictivos mais importantes da deficiência crónica de energia das mulheres (que é, por sua vez, o melhor

indicador de desnutrição das mulheres). As relações entre Pobreza, Desnutrição e HIV/SIDA serão tratadas em detalhe mais adiante (ver pág. 92 a 96)

Condições de Abastecimento de Água

Em 2001, só uma minoria da população (24%) tinha acesso a água potável canalizada (dentro ou fora de casa), enquanto 13% utilizavam água de poços protegidos, 42% de poços não protegidos e 17% usavam águas superficiais. As piores situações ocorriam nas províncias da Zambézia, Inhambane, Niassa, e Tete, onde o acesso à água potável canalizada é respectivamente de 4%, 6%, 7% e 14%¹¹⁴. Esta situação não denota progresso de assinalar em relação a 1997, altura em que estas percentagens eram respectivamente de 22% (água canalizada), 46% (água de poços) e 31% (águas superficiais)²⁷.

O mesmo acontece comparando com os anos 2002/03 com percentagens de 16% para água canalizada, 20% para água de poços protegidos, 42% para água de poços não protegidos e 16% para águas superficiais, facto que prenuncia que ainda há muito por se fazer no sentido de se melhorar a situação actual¹¹³.

4.6. Locais de concentração de pessoas

Natureza e tipos

Existem diversos tipos de locais de concentração ou fluxos de pessoas que, independentemente da sua origem e fins específicos, criam condições, oferecem oportunidades e se tornam lugares propícios para a disseminação de atitudes e práticas que aumentam o risco, e facilitam a efectiva contaminação mútua e propagação da epidemia do HIV/SIDA. Tais lugares incluem centros de diversão como clubes nocturnos, entrepostos de comunicações, brigadas e estaleiros fixos ou móveis de obras de engenharia (tais como construção de estradas, pontes, barragens, vias férreas, escolas e unidades sanitárias, etc.), mercados informais, "barracas" de venda e consumo de bebidas alcoólicas, acampamentos de pesca, corredores de transportes e comunicações ao longo das estradas nacionais e inter-regionais ou inter-provinciais, postos fronteiriços, aeroportos e grandes estações de caminhos de ferro e entrepostos de transportes rodoviários de carga e passageiros*.

A característica comum de todos estes lugares é a de eles serem primariamente lugares aonde as pessoas se encontram e se concentram para a prática de actividades vitais de sobrevivência e de desenvolvimento económico e social (individual, da colectividade local ou da sociedade em geral). A presença nestes lugares dos grupos de pessoas anteriormente citados (maioritariamente homens) atrai um grande número de praticantes da venda do sexo (maioritariamente mulheres), constituindo uma especial fonte de contaminação própria e de outros, com o vírus do HIV. Predominam nesses lugares outras motivações para o predomínio de práticas de risco e condições de infecção, desde as práticas de sexo ocasional e o comércio de sexo, até às que dizem respeito à precariedade das condições de assistência médico-hospitalar em casos de acidentes ou doenças.

O mapeamento geográfico destes lugares é também essencial para a determinação da geografia do HIV/SIDA no país e para a definição de estratégias e planos operacionais para o seu combate eficaz.

Características específicas, relação com a propagação do HIV/SIDA, e mapeamento geográfico

➤ Centros de diversão

Incluem-se nestes principalmente os bares e clubes nocturnos. Os praticantes do comércio do sexo são provavelmente os principais agentes difusores da epidemia a partir destes lugares. Porém, estes lugares são maioritariamente frequentados por jovens (e não só) que no entusiasmo da diversão e consumo de álcool e drogas e com pouca educação e meios

* Os exemplos que se dão foram recolhidos por entrevistas junto do Ministério de Transportes e Comunicações e das Obras Públicas e Habitação, e suas empresas e entidades subordinadas.

preventivos, acabam se envolvendo em relações sexuais ocasionais desprotegidas sem consciência do perigo real de infecção.

➤ **Entrepósitos de comunicações**

Estes constituem entrepostos de paragem situados ao longo dos grandes corredores de comunicação ferro e rodoviários, estações de caminhos de ferro e terminais de transportes rodoviários de carga e passageiros, e postos fronteiriços (legais e ilegais). Os motoristas, maquinistas, carregadores, e passageiros em trânsito, são os tipos frequentadores normais destes lugares, e os tipicamente mais vulneráveis ao risco de contaminação e transmissão das infecções pelo HIV.

O mapeamento geográfico destes lugares constitui uma acção necessária, pois eles determinam a geografia da epidemia, um conhecimento muito importante para o desenho das estratégias e planos operacionais do seu combate (não se pode disparar contra um alvo não localizado!). A seguinte lista contém exemplos destes lugares:

- ì Ressano Garcia, Namaacha, Machipanda, Mussungué e outros postos fronteiriços,
- ì Travessia do Save e Zambeze (e.g. Caia/Chimuarra nas margens Sul e Norte),
- ì Alto-Molócue,
- ì Namialo,
- ì Cuamba,
- ì Cruzamento Silva-Macua (Cabo Delgado)
- ì Pontos de entrada / extemos dos corredor de transporte (Beira, Maputo, Nacala),
- ì Nhamatanda,
- ì Inchope,
- ì Maxixe,
- ì Outros entrepostos aolongo da Estrada Nacional No1,
- ì Via Férrea Nacala-Monapo-Nampula-Cuamba-Lichinga e para a fronteira com o Malawi.
- ì Portos e cidades e vilas próximas a estes

➤ **Brigadas e estaleiros fixos ou móveis de obras de engenharia**

Estes lugares de concentração de pessoas constituem-se normalmente à volta de obras tais como construção de estradas, pontes, barragens, e vias férreas. Concentram e movimentam trabalhadores incluindo operários, técnicos médios, engenheiros, operadores de máquinas, trabalhadores de administração, e outros. Há vários factores que contribuem para que esses lugares se tornem potenciais centros de infecção em grande escala. São centenas de homens muitas vezes com uma vivência e uma cultura urbana, muitas vezes vindos de lugares distantes, por períodos prolongados longe das suas famílias.

Uma das características principais é que estas obras se localizam em zonas rurais, significando que as pessoas que nelas trabalham se transformam em focos de contacto entre culturas e hábitos urbanos e rurais. Geralmente esta relação se desenvolve a partir de posições e percepções assimétricas acerca do poder ou vantagens financeiras e materiais, que ambas as partes procuram explorar em benefício próprio, influenciando os padrões e comportamentos humanos conducentes a práticas sexuais de risco de infecção pelo HIV.

As mulheres rurais são atraídas e tornam-se presas do poderio económico financeiro e material dos trabalhadores assalariados das obras. Por outro lado, estes também são assediados por se apresentarem como fonte de rendimentos e bens materiais muitas vezes fora do alcance da população rural. As crianças e jovens são as principais vítimas, mas também se verifica a desestruturação das famílias associada aos fenómenos de adultério e de prostituição infantil e adulta.

A seguinte lista contém exemplos destes lugares:

- l Obras de reconstrução dos grandes troços da estrada nacional No. 1, realizadas e ainda por realizar,

- | Obras de (re)construção dos grandes troços das linhas férreas realizadas e ainda por realizar,
- | Barragem de Massingir, cujas obras estão para começar, e que terá uma frente de trabalho de não menos de 600 pessoas,
- | Obras da Ponte sobre o rio Zambeze, com uma duração estimada de cinco anos,
- | Grandes e médias estaleiros para diversos tipos de obras como Escolas, Hospitais, Centros de Saúde, etc.

➤ **Mercados informais e “barracas” em zonas urbanas e peri-urbanas**

Os mercados informais e barracas, estabelecidos espontaneamente, sem estruturação física e organizacional, tornam-se centros de práticas sexuais de risco, incluindo o comércio do sexo.

Nestes mercados e “barracas” sem o mínimo de condições higiénicas também se praticam tatuagens, perfuração de orelhas, narizes e umbigos, barbeiros artesanais, e outras práticas com utilização de objectos cortantes ou perfurantes sem as mínimas condições de assépsia, também constituindo um risco de transmissão de HIV, que tem sido subestimado.

➤ **Acampamentos de pesca artesanal**

Este tipo de acampamentos tende a estabelecer-se nas zonas costeiras e ao longo dos leitos e bacias hidrográficas e à volta de lagos e lagoas. São constituídos principalmente por pescadores artesanais que passam períodos prolongados em faina longe das famílias. Embora não existam estudos que documentem a dimensão do problema, a sua natureza não difere muito do que se desenvolve em aldeias residenciais à volta dos acampamentos e brigadas ou estaleiros de obras de construção. O pescador acaba caindo na tentação e no hábito da relação sexual ocasional. Não havendo estruturas comerciais e médico sanitárias à volta próximos desses lugares, ele fá-lo sem tomar as medidas preventivas necessárias. Não havendo meios de testagem e aconselhamento ele acaba infectando-se e infectando os outros, e a deterioração da sua saúde e a eventual morte cria mais destituição na família, deixando assim os seus membros mais vulneráveis e inclinados a práticas de sobrevivência associadas à expansão da epidemia (como a prática do comércio do sexo, sobretudo pelas viúvas e crianças órfãs).

➤ **Movimentos migratórios**

Os movimentos migratórios internos e para além fronteiras constituem um veículo através do qual se alastra a epidemia do HIV/SIDA no País. As migrações internas em Moçambique intensificaram-se com o fim das restrições aos movimentos que derivavam do estado de guerra, combinadas também com o regresso dos Moçambicanos anteriormente exilados nos países vizinhos em resultado da guerra. O desenvolvimento das obras públicas e de reabilitação dos sistemas de transportes e comunicações deslocam trabalhadores de umas regiões para outras, tal como descrito acima, com as respectivas implicações para a propagação da epidemia.

Embora o grau em que tal acontece não esteja devidamente quantificado, presume-se que a presença de vários imigrantes estrangeiros envolvidos em actividades económicas e outras associadas ao focos acima caracterizados, constitui um risco para a transmissão do HIV. Alguns dos imigrantes provêm de países africanos vizinhos ou não (indo desde a África do Sul, Swazilândia, Zimbabwe, Malawi, Zâmbia, Tanzania, e até a Burundi, Rwanda, RD Congo Angola, Senegal, e Nigéria). Outros provêm de outras partes do Mundo (como Europa, América, Ásia), tanto em serviço como em turismo puro, alguns dos quais acabam se envolvendo, por várias razões, em sexo ocasional e comércio de sexo. Em alguns dos países de origem as taxas de prevalência do HIV são muito mais elevadas do que Moçambique.

A presença destes imigrantes (legais e ilegais) faz-se sentir numa boa parte das esferas de actividade económica e social caracterizadas e levam a um envolvimento em comportamentos típicos dos descritos acima: motoristas, trabalhadores das obras de construção, garimpeiros, comerciantes de longo curso, pescadores artesanais, desempregados e outros. Também se envolvem frequentemente em sexo ocasional e comercial, veiculam estereótipos diversos relacionados com a problemática de HIV/SIDA que transportam das suas culturas de origem e que podem chocar com as medidas aconselháveis para a prevenção e o combate ao HIV/SIDA, em Moçambique. Eles são tipicamente vectores móveis de longa distância com o perigo

adicional de poderem levar à penetração e difusão da epidemia, complicando ainda mais o seu combate.

➤ Outros locais com características similares

Embora os exemplos acima citados se tenham focalizado nas actividades dos Ministérios das Obras Públicas e Habitação e dos Transportes e Comunicações, e suas entidades autónomas e empresas da área, outros casos de características semelhantes são de realçar, nomeadamente:

- Pescas: para além dos acampamentos de pescadores artesanais já referidos, existem os trabalhadores da pesca industrial e das cidades e vilas portuárias;
- Energia e Recursos Minerais: brigadas de construção de redes, subestações, cursos de oleodutos ou gasodutos, áreas mineiras, etc.
- Alfândegas, migração, e Interior: trabalhadores fronteiriços, patrulhas, trabalhadores das empresas de segurança
- Exército, Polícia e outros órgãos de soberania (que merecem um tratamento em secção separada).

4.7. Nível educacional

Como já foi demonstrado atrás, o nível educacional condiciona fortemente os níveis de conhecimento, as atitudes e as práticas em matéria de sexualidade e de HIV/SIDA e desse modo condiciona as taxas de prevalência de HIV e de novas infecções por ano. Analisemos pois alguns dos indicadores que espelham o nível educacional da nossa população.

Taxa de analfabetismo

Em Moçambique, a taxa de analfabetismo dos maiores de 15 anos, em 2003, era de 53,6%¹¹³. As províncias com maior taxa de analfabetismo eram Cabo Delgado (68%), Nampula (65%), Niassa (64%) e Zambézia (61%) e, sendo a Cidade de Maputo a que tinha a menor taxa (15%). Embora estas taxas sejam muito altas, elas representam uma melhoria progressiva em relação 1997, altura em que a taxa de analfabetismo do país era 60,5%²⁷. De notar que em 2001, era de 57%¹¹⁴

A taxa de analfabetismo em Moçambique apresenta grandes variações também entre o meio rural (onde ela era, em 2003, de 66%) e o urbano (onde ela era, em 2001, de 30%)¹¹³. Em 2001 este níveis eram de 69% em meio rural e de 31% em meio urbano¹¹⁴.

Uma diferença considerável existia igualmente entre os sexos, pois esta taxa era de 68% nas mulheres¹¹³ (71% em 2001¹¹⁴) e de 37% nos homens¹¹³ (40% em 2001¹¹⁴).

A Tabela 15 ilustra a taxa de analfabetismo, em 2003¹¹³, por grupos etários, sexo e área de residência.

Tabela 15 - Taxa de analfabetismo por grupos etários, sexo e área de residência¹¹³

	Total	Homens	Mulheres
Total	53,6 %	36,7 %	68,2 %
Por idade			
15 – 19	37,9 %	27,2 %	48,0 %
20 – 29	50,7 %	30,0 %	61,1 %
30 – 39	50,4 %	29,8 %	68,2 %
40 – 49	60,3 %	34,5 %	82,6 %
50 – 59	67,3 %	45,8 %	88,1 %
60 +	78,6 %	64,0 %	94,3 %
Por área de residência			
Rural	65,7 %	47,2 %	80,8 %
Urbana	30,3 %	18,1 %	41,7 %

Da análise dessa tabela pode concluir-se que, foram as mulheres que mais beneficiaram dos esforços de educação nos últimos anos, pois que a taxa de analfabetismo reduz-se, entre as mulheres, de 83% no grupo etário de 40 a 49 anos para 61% no grupo etário de 20 a 29 e reduz-se ainda de forma mais acentuada para 48% no grupo etário de 15 a 19 anos. Contudo, os homens começaram a beneficiar mais cedo, pois todos os grupos etários abaixo dos 50 anos já têm uma taxa de analfabetismo inferior à média nacional e sem variações muito significativas nos diversos grupos etários entre 15 e os 49 anos.

Taxas bruta e líquida de escolarização na educação primária

A taxa bruta de escolarização (TBE) no primeiro ciclo primário, que mede a proporção entre o total de alunos frequentando o EP1 e a população do grupo etário oficial para frequentar o EP1 (6 aos 10 anos), era em Julho de 2003, de 113%¹⁹. Isto é devido ao facto de haver uma elevada taxa de repetências e da escolarização ser tardia em muitas zonas do país, sobretudo nas zonas rurais.

Existe um diferencial de género sendo a TBE dos rapazes de 123% e a das raparigas de 102%. No que respeita à TBE, só a Cidade de Maputo tem uma taxa ligeiramente superior para as raparigas do que para os rapazes, o que indica que, no conjunto do país, as raparigas são as que desistem mais depressa¹⁹.

Já a taxa líquida de escolarização (TLE), que mede a proporção entre o total de alunos que frequentam o EP1 e que têm a idade oficial para frequentar o EP1 (6 aos 10 anos), e a população desse mesmo grupo etário, era em Julho de 2003, de 69%, sendo de 99,5% na Cidade de Maputo e de 53% na Província de Nampula¹⁹.

Para a TLE, o diferencial de género é de 72% para os rapazes e de 66% para as raparigas¹⁹. Contudo as Províncias de Gaza, Inhambane e Maputo e a Cidade de Maputo têm TLE para as raparigas superiores às dos rapazes. As províncias que apresentam um maior diferencial de género em relação à TLE são Sofala e Zambézia (11,4%), Manica (10%) e Cabo Delgado (9,5%)¹⁹.

➤ Percentagem de crianças dos dois sexos que completam a educação primária

Segundo o QUIBB¹¹⁴, em 2001, menos de 8% da população adulta (com 15 anos ou mais) tinha completado o ensino primário. Essa percentagem era maior para os homens (cerca de 11%) e menor para as mulheres (5,4%). A Tabela 16 ilustra as taxas de participação na educação (por níveis)¹¹⁴.

Tabela 16 – Níveis de Educação atingidos pela população maior de 15 anos¹¹⁴

Nível académico	Total	Homens	Mulheres
Ensino Primário do 1º Grau	17,7 %	24,2 %	12,0 %
Ensino Primário do 2º Grau	7,9 %	10,8 %	5,4 %
Ensino Secundário, Técnico ou Superior	3,7 %	5,9 %	1,7 %

Em suma, estes números evidenciam que dos 43,3%, que, em 2001, eram alfabetizados só 29,3% possuíam, pelo menos, o EP1. Os restantes 14% que se declararam alfabetizados não tinham completado, sequer, o EP1, pelo que o seu nível de alfabetização era de qualidade muito precária. Estes baixos níveis de escolaridade e alfabetização são um enorme obstáculo à compreensão e assimilação das mensagens educativas sobre o HIV/SIDA.

➤ Proporção de alunos que terminam a 5ª classe primária em relação aos que entram na 1ª classe

Não existem estudos longitudinais que permitam determinar numa coorte de ingresso no ensino primário, qual a percentagem que termina a 5ª classe (EP1). Contudo há estatísticas que nos permitem determinar, para um ano lectivo determinado, quantos iniciaram o ensino primário em escolas públicas e quantos o terminaram. Assim em 2002, iniciaram o ensino

primário em escolas públicas 825.832 alunos (dos quais 392.624 raparigas – 47,5 %) e nesse mesmo ano terminaram a 5ª classe (EP1) com aprovação, 185.577 alunos (dos quais 73.214 raparigas – 39,5 %). Isto significa que terminaram com aprovação só 25,9 % dos rapazes e 18,6 % das raparigas. Este diferencial de género resulta duma maior taxa de aprovações dos rapazes, pois que a taxa de desistências, em todo o primeiro nível do ensino primário, não apresenta diferenças de género significativas¹¹⁷.

➤ **Relação entre rapazes e raparigas na educação primária, secundária e terciária**

Como se pode ver dos números aqui citados, as raparigas são discriminadas logo no acesso ao ensino primário e a sua maior taxa de reprovações e menor número de crianças que se matriculam no ano seguinte deve, em grande parte, resultar de maiores solicitações do que os rapazes para tarefas domésticas, pois que esta taxa de reprovações e de não continuação nos estudos é maior nas províncias onde o diferencial de género nos ingressos é maior.

Em 2002, no início do ano, em escolas públicas, matricularam-se no conjunto das 5 classes do ensino primário do primeiro nível (EP1), 2.627.580 alunos (dos quais 1.172.959 raparigas – 44,6%). Destes terminaram o ano lectivo 2.413.403 (dos quais 1.081.945 raparigas – 44,8%), mas só foram aprovados 1.714.550 (dos quais 754.974 raparigas – 44%)¹¹⁷.

Estes dados também demonstram uma discriminação das raparigas pois que se vêem obrigadas a abandonar a escola mais facilmente que os rapazes. Este fenómeno é mais marcado na Província da Zambézia onde há uma baixa taxa de continuação na escola, nos 2 sexos, mas onde a situação das raparigas é bem pior que a dos rapazes. À Província da Zambézia seguem-se as Províncias de Cabo Delgado, Nampula e Niassa, ma a situação também não é brilhante nas Províncias de Tete, Manica e Sofala.

Nas escolas públicas do ensino primário do segundo nível (EP2), no conjunto da 6ª e 7ª classes, matricularam-se 299.444 alunos (dos quais 118.044 raparigas – 39,4%). Destes terminaram o ano lectivo 276.407 (dos quais 108.266 raparigas – 39,1%), mas só foram aprovados 190.888 (dos quais 72.826 raparigas – 38,2%)¹¹⁷.

Neste nível a percentagem de estudantes que completam com sucesso já é mais baixa e as raparigas são as que têm menos probabilidade de terminar este nível de ensino com sucesso.

Nas escolas públicas do 1º ciclo do ensino secundário, no conjunto da 8ª, 9ª e 10ª classes, matricularam-se 115.816 alunos (dos quais só 46.493 raparigas – 40%). Destes terminaram o ano lectivo 110.555 (dos quais 43.766 raparigas – 40%), mas só foram aprovados 73.140 (dos quais 27.700 raparigas – 38%)¹¹⁷.

De novo, neste 1º ciclo do ensino secundário nota-se a mesma tendência de discriminação das raparigas que já se vinha a verificar nos 2 ciclos do ensino primário. A mesma tendência é constatada também no 2º ciclo do ensino secundário.

Assim, nas escolas públicas do 2º ciclo do ensino secundário, no conjunto da 11ª e 12ª classes, matricularam-se 14.190 alunos (dos quais só 5.145 raparigas – 36,3%). Destes terminaram o ano lectivo 13.920 (dos quais 5.218 raparigas – 37,5%), mas só foram aprovados 9.876 (dos quais 3.511 raparigas – 35,6%)¹¹⁷.

Em conclusão, esta discriminação das raparigas em todos os níveis do ensino primário e secundário, agrava a vulnerabilidade das mulheres ao HIV/SIDA, pois que as raparigas têm menos possibilidade de acesso aos diversos graus de ensino.

No ano lectivo 2002/2003 havia 17.189 estudantes matriculados no ensino superior, sendo 11.655 em Universidades públicas e 5.534 em Universidades privadas, o que representa 0,96 estudantes por 1000 habitantes¹¹⁸. Infelizmente, nas estatísticas do Ensino superior não constam dados que nos permitam fazer análise de Género.

5. Actuação Preventiva sobre a Doença:

5.1. Actividades de IEC

Em Moçambique as actividades de IEC sobre HIV/SIDA são conduzidas por vários organismos, nomeadamente Ministérios, ONGs nacionais e internacionais, associações de combate ao HIV/SIDA e são apoiadas por várias Agências Internacionais. Uma análise dos registos da base de dados do CNCS¹¹⁹ sobre as actividades na área do HIV/SIDA nas Províncias, evidencia a grande percentagem de actividades de IEC em todas as Províncias. (Ver na Figura 12 a representação gráfica de duas Províncias com elevadas taxas de seroprevalência).

Estas representações gráficas ilustram o tipo e proporção de actividades sobre HIV/SIDA realizadas nos diversos distritos das províncias de Sofala e Tete.

Constata-se que em qualquer das 2 Províncias a maior proporção de actividades realizadas foi na área de IEC, sendo esta proporção mais acentuada na Província de Tete. No capítulo sobre estudos CAP concluiu-se que o nível de conhecimentos era mais elevado na Província de Tete²⁹.

Porém, o aumento do conhecimento, só por si, não leva necessariamente a mudanças no comportamento de risco. As pessoas mesmo tendo bons conhecimentos sobre HIV/SIDA necessitam de encorajamento para a mudança desejada. Um dos factores que faz com que a IEC seja bem sucedida é quando esta “toca” emocionalmente os grupos alvo.

Figura 12: Iniciativas na Província de Sofala

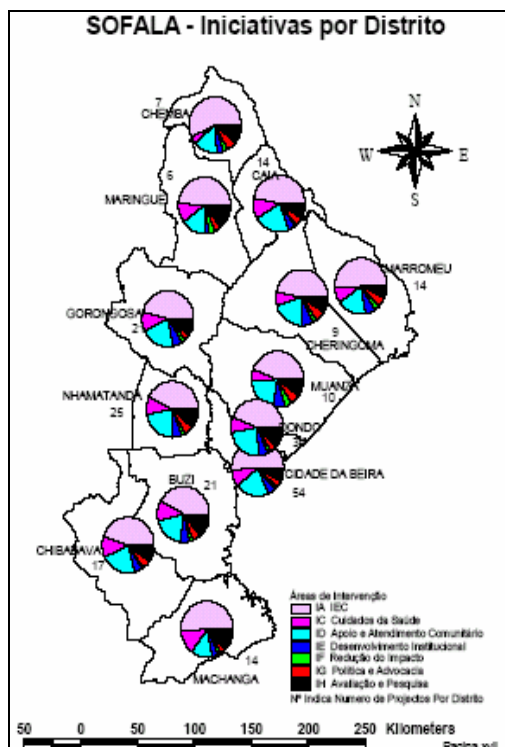
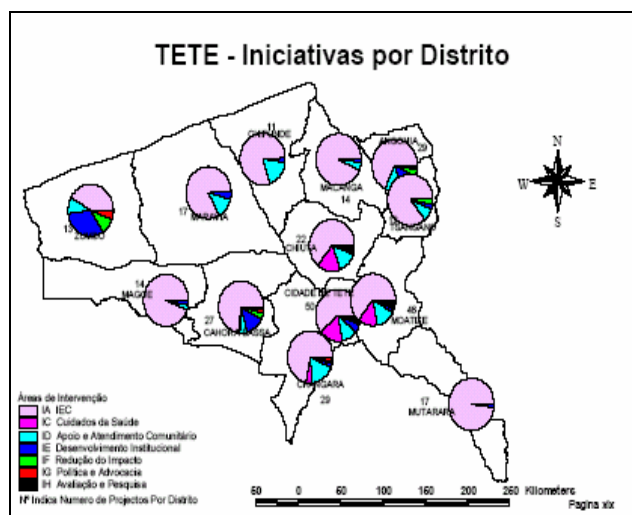


Figura 13: Iniciativas na Província de Tete



A análise de documentação sobre actividades de IEC em Moçambique incluindo os relatórios dos núcleos Provinciais evidencia o seguinte:

- ♦ As actividades de IEC circunscrevem-se a palestras, materiais impressos, programas radiofónicos (emissão nacional, provinciais e rádios comunitárias), exibição de filmes e vídeos, dramatizações, debates. Tem também havido projectos de apoio a rádios comunitárias, através do Instituto de Comunicação Social. A maioria dos materiais é produzida a nível central (MISAU, ONGs, CNCS, em geral com financiamento de Agências internacionais.)

- ♦ Cobrem predominantemente a população dos 15-49 anos de meios urbanos incluindo os grupos de risco, líderes de opinião, jovens dentro e fora da escola.
- ♦ As actividades de IEC são veiculadas predominantemente em português e com menos frequência em línguas locais. No entanto os conteúdos das mensagens não têm em conta o contexto sócio económico e cultural específico da comunidade, o que não motiva os indivíduos à aprendizagem ou à indução de mudanças nas atitudes e comportamentos. Por outro lado os “formatos não são sempre os mais adequados” i.e. o desenvolvimento de modelos/materiais de IEC não é baseada em pesquisas. A título de exemplo: A Província de Cabo Delgado refere que os teatros e dramatizações têm um efeito positivo sobre os grupos alvos ao contrário dos materiais impressos como as brochuras e panfletos que as pessoas aceitam quando distribuídos mas não lêem⁵⁵.

Um estudo de base de Tete⁸² conclui que em termos de actividades IEC os anciãos estavam completamente marginalizados. Este estudo recomenda que as mensagens nos meios rurais devem cobrir também os anciãos, pela grande influência que têm nas famílias e comunidade.

Não há nenhum mecanismo de controlo sobre a qualidade das mensagens, nem pelos NPCSS, que não têm condições para o fazer nem por mais ninguém. Há mesmo algumas indicações de que, dada a limitação dos financiamentos das organizações comunitárias de base das categorias «C» e «D»¹²⁰, elas não investem o suficiente na formação dos seus activistas pelo que, estes por vezes difundem mensagens erradas.

Canais de comunicação

Partindo do pressuposto que os vários canais de comunicação devem ser utilizados de acordo com os objectivos pretendidos, assume-se que qualquer deles possui vantagens e desvantagens e como já referido devem ter-se em conta critérios tais como: alcance, características do grupo alvo, custo-benefício, etc..

No encontro com publicitários de Maputo¹²¹ foi concluído que a comunicação veiculada nos mass media é predominantemente dirigida à população urbana e semi-urbana com uma média de escolarização de 7ª classe. Cada parte interessada (ONGs e sector público) tem actuado de forma isolada e sem uma preocupação sobre as necessidades reais de cada grupo alvo em matéria de IEC que incluem os conteúdos e formatos mais adequados. Os publicitários apoiam a elaboração de um “projecto nacional de comunicação” que possa guiar os vários participantes do processo. O MISAU-PNC-DTS/SIDA e a FDC têm sido os maiores clientes das empresas publicitárias.

Não obstante termos referido que a utilização de canais tem a ver com os objectivos pretendidos a comunicação interpessoal e as dramatizações afiguram-se como sendo os mais efectivos em termos de aprendizagem e de mudança de comportamentos. A comunicação interpessoal é utilizada por excelência nos centros de aconselhamento (GATVs, Cantos de aconselhamento das escolas) e educação de pares.

Opiniões de participantes de seminários realizados em 2003 sobre IEC¹²² apontavam as suas preferências para estes dois canais de comunicação (comunicação interpessoal e dramatizações).

Sectores que realizam actividades de IEC

Os Ministérios da Saúde, de Educação, da Juventude e Desportos, para além das ONGs são aqueles que tem realizado mais actividades de IEC e que conseguem cobrir vários segmentos da população em especial os jovens e adolescentes.

Durante as entrevistas aos vários Ministérios foi patente a preocupação destes em relação às actividades de IEC, no entanto na maioria dos casos concentram-se nas palestras e distribuição de material impresso produzido pelo MISAU e CNCS. Já se tornou quase uma rotina que em todos os Ministérios se façam palestras sobre HIV/SIDA por altura dos Conselhos Coordenadores e outras reuniões de âmbito nacional e provincial.

Dentre as várias ONGs a FDC, a CVM e a PSI são aquelas que mais se destacam pelo seu trabalho na área de IEC.

O Ministério da Saúde⁴⁷ define como grandes objectivos para a área de IEC: o fortalecimento das capacidades individuais e da comunidade para a prevenção das ITS/HIV/SIDA em particular das mulheres grávidas, trabalhadoras de sexo e portadores de ITS; a promoção da procura de serviços de saúde que compõem a rede integrada (RI). Adopta como estratégias para alcançar estes objectivos: garantir o acesso à informação sobre sexo seguro, promover o uso do preservativo, aumentar a capacidade de negociação dos adolescentes e jovens para o adiamento do início da actividade sexual e nas trabalhadoras de sexo para o uso do preservativo, realizar estudos comportamentais sobre ITS/HIV com grupos vulneráveis específicos, melhorar a comunicação interpessoal dos trabalhadores de Saúde, promover aderência ao tratamento de ITS, tratamento de infecções oportunistas e TARV.

Actualmente o Ministério da Saúde tem realizado várias acções dentro da sua competência, as acções cobrem:

- Divulgação de material impresso (panfletos, brochuras, fotonovelas e cartazes) financiadas pelo PNUD e União Europeia que são canalizadas para Direcções Provinciais. Estas por sua vez distribuem-no às Unidades Sanitárias (GAVTs e SAAJs), ONGs, Associações Juvenis, Escolas;
- Realização de sessões de vídeos e teatro. As brigadas encarregues têm percorrido o País (zonas urbanas e rurais);
- Emissões de programas sobre HIV/SIDA nos canais interprovinciais utilizando as línguas locais,
- Colaboração com o Instituto de Comunicação Social para a disseminação de informação de HIV/SIDA através das rádios comunitárias,
- Actividades de educação de pares através da comunicação interpessoal efectuada pelos adolescentes e jovens dentro e fora de escola.

Os 75 SAAJs e nos 43 GAVTs implantados nas unidades sanitárias de todas as Províncias, em 2003, dispunham de serviços de informação sobre SSR e de aconselhamento sobre HIV/SIDA para além de material impresso e vídeos nas salas de espera.

Jovens em encontros recentemente realizados com a unidade de IEC-PNC-DTS-SIDA reportaram que a comunicação sobre prevenção do HIV/SIDA do que lhes é dirigida não tem sido adequada, faltando clareza na explicação sobre formas de prevenção em especial no uso do preservativo¹²³. Segundo a opinião destes jovens, as explicações são deficientes e não promovem o conhecimento sobre sexo seguro. Também referiram que muitos jovens usam incorrectamente os preservativos.

O Ministério de Educação possui uma estratégia nacional de comunicação¹²⁴ elaborada e aprovada recentemente. É dirigida a 4 grupos alvos: professores e jovens com mais de 15 anos, jovens entre os 12 e 15 anos e a menores de 12 anos e que tem como finalidade orientar os intervenientes no sector de educação a se comunicarem com os seus grupos alvo de maneira mais harmonizada e eficiente. A estratégia enfatiza que a aprendizagem das «habilidades para a vida» deve constituir o fio condutor para a mudança de atitudes e comportamentos nestes grupos.

Como atrás referido no novo curriculum para o ensino primário já constam os conteúdos sobre HIV SIDA, ministrados de uma forma transversal, tendo também sido criado um guião para este nível, destinado à capacitação dos professores em matéria de habilidades para a vida, em sexualidade, saúde sexual e reprodutiva e que se apoia em procedimentos metodológicos que pretendem ajudar os adolescentes e jovens a adoptarem comportamentos flexíveis e positivos. A sua natureza e definição diferem de acordo com a cultura, mas os grupos de habilidades são comuns nomeadamente: Tomada de decisão na resolução de problemas, Pensamento criativo e crítico, Clarificação de valores, Auto-estima, Negociação, Comunicação efectiva - Relações interpessoais e Empoderamento.

O aconselhamento está na agenda de prioridades deste Ministério estando a funcionar actualmente os cantos de aconselhamento em várias escolas.

Este Ministério, no quadro das suas atribuições, produziu também vários materiais impressos tais como cartazes, brochuras e fotonovelas e produziu uma agenda do professor onde é dada uma informação básica sobre o HIV-SIDA.

O Ministério da Juventude e Desportos, cujo grupo alvo principal são os jovens fora da escola, no seu plano operacional HIV/SIDA POSIDA (2001-2003)¹²⁵ através dos projectos “Geração Biz”, “Meu Futuro Minha Escolha” e “Moçambique em Movimento” tem realizado as seguintes actividades em IEC:

- Educação de pares,
- Cantos de aconselhamento,
- Sessões de teatro e debates,
- Intercâmbio para partilha de experiências entre educadores de pares das Províncias,
- Capacitação em habilidades para a vida,
- Vídeo “Risco Zero” (lançado recentemente)
- Uso de material educativo diverso (fotonovelas, folhetos).

Apesar da existência de várias acções realizadas por estes 3 Ministérios pouco existe em termos de monitorização e avaliação para se produzir um juízo de valor sobre a qualidade e alcance das actividades, sendo contudo visível a falta de coordenação e articulação entre estas.

De entre as muito variadas actividades de IEC levadas a cabo pela **FDC** é de realçar o programa “Alô Vida”¹²⁶ linha 149 gratuita, com potencialidade de cobertura nacional e que tem tido uma crescente aceitação junto aos jovens. A título de exemplo, entre Janeiro e Março de 2004 recebeu 16.933 chamadas a maioria através de celulares e vindas da Cidade de Maputo, com uma média diária de 229 ligações tendo havido um franco crescimento em relação ao trimestre anterior. A maioria dos utentes situa-se no grupo etário dos 15 aos 29 anos são predominantemente jovens do sexo masculino (71%), possuindo o ensino secundário (62%). Os assuntos colocados foram os seguintes: Aspectos de Transmissão/prevenção do HIV/SIDA (42%), DTS(23%), Aspectos médicos (sintomas) 22%, Testagem (13%). A maioria dos utentes teve conhecimento desta linha através da rádio. Contudo é óbvio que esta linha telefónica tem pouca publicidade.

Pelos resultados francamente positivos parece-nos que seria uma aposta e expansão deste tipo de serviço telefónico a título gratuito com a devida divulgação e principalmente nos meios urbanos das Províncias do centro e norte onde o uso tem sido pouco frequente. A privacidade e gratuidade que estes serviços oferecem colocam-no no topo dentre as várias estratégias de comunicação.

Há contudo necessidade de avaliar de forma mais rigorosa o impacto desta iniciativa e as razões de elas ainda atingirem menos as mulheres e populações fora da Cidade de Maputo.

IEC e Distribuição do Preservativo

Em Moçambique, até ao presente momento só existem 2 mecanismos logísticos de distribuição de preservativos, nomeadamente o MISAU (distribuição gratuita através do Serviço Nacional de Saúde) e distribuição para outros organismos públicos e o Population Services International (PSI). (distribuição gratuita e, sobretudo, por marketing social – venda subsidiada).

O MISAU em 2002 e 2003 distribuiu cerca de 28 e 6 milhões respectivamente¹²⁷. O PSI, em 2003, distribuiu cerca de 15 milhões e este ano espera distribuir 16 milhões¹²⁸.

Estes dois programas têm utilizado vários canais de comunicação para fazerem passar a mensagem sobre o preservativo. A PSI para além dos canais da televisão e rádio tem utilizado outras iniciativas para a promoção do mesmo tais como: patrocínios de concertos, concursos, teatro, sessões de vídeo, debates e comunicação interpessoal através do projecto fogo cruzado onde os comunicadores são os agentes comunitários. Realiza também pesquisa regular para efeitos de monitorização e avaliação das suas actividades.

A PSI /Moçambique não vê problemas com a disponibilidade e logística do preservativo, mas sim na sua aceitação¹²⁸ estando subjacentes factores como a baixa percepção de risco

(confiança no parceiro) e outras determinantes socio económicas e culturais (crenças erradas, falta do poder de negociação, etc.). Esta afirmação é fundamentada pelos estudos de pesquisa⁸⁴ que concluíram que somente 30% de indivíduos que praticavam sexo de alto risco tinham usado preservativo na sua última relação sexual, e que setenta e nove por cento conheciam onde adquiri-lo e 82% reportaram não terem dificuldades em obter o jeito. O IDS 2003²⁹ mostra igualmente uma baixa taxa de utilização do preservativo.

A estratégia vista pelo PSI para o aumento do uso do preservativo é de aumentar a motivação e paralelamente assegurar a sua disponibilidade através de postos de distribuição acessíveis¹²⁹.

Os pontos de vista das Províncias^{53 a 57, 63 e 108} convergem com os do PSI i.e. referem também que na realidade o acesso aos preservativos não apresenta grandes problemas, mas existem grandes barreiras psicológicas para o seu uso, estando subjacentes uma multiplicidade de factores, um deles por exemplo, a grande influência exercida na comunidade pelos líderes comunitários e religiosos para a sua não utilização, com a argumentação de que o uso destes promove a promiscuidade e gravidezes precoces.

Do que foi atrás exposto fica evidenciado a importância da adequação das actividades IEC na divulgação do uso do preservativo e na qual a pesquisa desempenha um papel chave.

Em Conclusão:

Esta análise permite apontar como principais fraquezas das actividades de IEC:

- | Acções dispersas e fragmentadas (esforços não coordenados),
- | Falta de monitorização e avaliação das actividades,
- | Conteúdos e linguagem das mensagens desfasados da realidade sócio-cultural da população alvo,
- | Falta de controlo da qualidade das mensagens,
- | Uso não adequado de canais de comunicação para fazer chegar as mensagens aos diferentes grupos (acção excessivamente centrada em palestras, material impresso e mass média),
- | Materiais produzidos predominantemente a nível central, sem o envolvimento da base,
- | Marginalização de grupos da sociedade importantes (ex: anciãos, lideranças comunitárias, etc.).

Há pois a necessidade urgente de desenvolver uma estratégia nacional de comunicação que inclua sub-estratégias para a comunicação de massas, para a comunicação comunitária e para o aconselhamento (comunicação interpessoal).

5.2. SAAJs

O MINED lançou um projecto piloto, em 1986, com o apoio do FNUAP, visando testar a introdução da educação sexual no ensino formal. Este projecto teve como principal objectivo consciencializar os estudantes e a comunidade, sobre o HIV/SIDA e sobre a necessidade de se respeitarem a si próprios e ao sexo oposto¹³⁰.

Mais tarde foram incorporadas, no projecto, questões relativas à Vida Familiar e População. Com a introdução do PEN I⁹, surge a necessidade de se desenvolver uma resposta multisectorial e multidisciplinar no combate à epidemia. É neste âmbito que surge o Serviço de Saúde Reprodutiva para o Adolescente e Jovem (SSRAJ/DTS/SIDA)¹³⁰.

Por outro lado, em 1997, o Ministério da Juventude e Desportos que tutela o Comité Intersectorial de Apoio ao Desenvolvimento de Adolescentes e Jovens (CIADAJ) criou um mecanismo de coordenação das acções implementadas pelos sectores do Estado e sociedade civil, em prol de adolescentes e jovens. São deste modo criados elos de ligação entre os vários Ministérios aos quais se juntou mais tarde a AMODEFA cada um com actividades específicas, mas todos com um objectivo comum¹³¹ de mobilizar os jovens e adolescentes de ambos os sexos na escola e fora dela, fornecendo-lhes referências positivas em busca de um maior entendimento sobre a sua sexualidade e necessidades em saúde reprodutiva¹³².

É desta cooperação que nasce o Programa Geração BIZ, um projecto piloto que cobre neste momento as províncias de Maputo e Zambézia. Neste programa, ao Ministério da Saúde coube a responsabilidade de prover os Serviços Clínicos Amigos de Adolescentes e Jovens. Ao MJD coube a responsabilidade de desenvolver actividades de prevenção para as DTS/HIV/SIDA para jovens fora da escola e ao MINED a responsabilidade de intervir dentro das escolas¹³¹. Em iniciativa isolada, o Ministério da Saúde lançou ainda o projecto multisectorial Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens/HIV/SIDA.

Objectivo dos SAAJs:

Segundo o MISAU os objectivos dos SAAJs são¹³³:

- Ajudar a melhorar o nível de informação e conhecimento dos adolescentes na prevenção dos principais problemas de saúde,
- Oferecer aos adolescentes e jovens serviços de informação, aconselhamento e clínicos na esfera da Saúde Sexual e Reprodutiva,
- Oferecer serviços de referência aos outros SAAJs mais especializados, aos serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntária (ATV), aos serviços de ligação com a rede de cantos de jovens nas escolas e nas comunidades e também a outras redes de Saúde ou redes sociais em função das necessidades dos Adolescentes e Jovens.

Como se pode ver pelos objectivos aqui expostos, os SAAJs têm objectivos mistos na esfera da Saúde Sexual e Reprodutiva. Eles não pretendem cobrir unicamente o combate ao HIV/SIDA, mas situam-se numa área mais vasta da Saúde Sexual e Reprodutiva. Isto pode ser vantajoso, por abrir a possibilidade de actuação do aconselhamento em matéria de sexualidade segura, sem lançar sobre eles o anátema da estigmatização, que infelizmente, no nosso país, ainda está muito ligado ao HIV/SIDA.

A enunciação destes objectivos, não indicam claramente em que nível de atenção de Saúde os SAAJs se situam. O terceiro objectivo, ao indicar que eles possam «oferecer serviços de referência para outros SAAJs mais especializados», induz-nos a crer que eles se possam situar em mais do que um nível de atenção de Saúde. No mínimo parece-nos que não têm um carácter marcadamente promotivo e preventivo, como as boas práticas nacionais e internacionais aconselhariam.

Número de SAAJ's e sua Localização Geográfica

A tabela 17 fornece-nos informação sobre o número de SAAJs, por Província, existentes em 2003 e previstos para 2004.

Como se pode ver, está previsto um aumento importante do número de unidades em todo o país. Para a província de Inhambane, já foi disponibilizado financiamento e espera-se que o primeiro SAAJ abra primeiro semestre de 2004.

Tipo de Unidade Sanitária em que se encontram

Mais de 80% dos SAAJs estão sedeados nas Unidades Sanitárias (Centros de Saúde, Hospitais Rurais e Hospital Central de Maputo). Esta localização prende-se com o facto da necessidade de se prestar cuidados clínicos aos adolescentes e jovens. Como é óbvio, estes serviços requerem condições especiais de atendimento.

O SAAJ sediado no HCM, que foi o primeiro criado no país, é o SAAJ de referência da Cidade do Maputo e do País. Este serviço tem como objectivo prestar apoio específico aos jovens e adolescentes que precisem de cuidado clínicos especializados, por exemplo, numa complicação de aborto. O relatório de Cabo Delgado⁵⁵ refere, por outro lado, que os serviços são pouco utilizados, devido ao facto de se localizarem dentro das unidades sanitárias, o que cria uma inibição nos jovens.

A distribuição destes serviços também é bastante desigual dentro da Província e entre as províncias, havendo portanto, necessidade de estabelecer critérios de equidade na sua implementação.

Tabela 17 Número de SAAJs existentes em 2003 e previstos para 2004

Província	População	Nº de SAAJs em 2003	Nº de Utentes em 2003	Média hab./ SAAJ em 2003	Média de utentes por SAAJ em 2003	Novos SAAJ's previstos em 2004
Niassa	941.000	2	-	471.000	-	5
Cabo Delg.	1.560.000	2	-	780.000	-	12
Nampula	3.485.000	4	-	871.000	-	6
Zambézia	3.560.000	13	1394	274.000	107	10
Tete	1.424.000	10	277	142.000	28	6
Manica	1.244.000	9	-	138.000	-	3
Sofala	1.549.000	7	-	221.000	-	8
Inhambane	1.364.000	0	-	-	-	1
Gaza	1.300.000	8	1873	162.000	234	13
Maputo Província	1.039.000	9	-	115.000	-	15
Maputo Cidade	1.059.000	11*	4447	96.000	404	6
Total	18.525.000	75	7991	247,000	107	96

*Ilha da Inhaca

Ainda nesta tabela 17 é possível observar que não se observou o critério da equidade na distribuição dos SAAJs, pois Maputo Cidade, Maputo Província, Manica, Tete e Gaza estão muito beneficiadas em relação ao resto do país. Nampula, com 1 SAAJ para 871.000 habitantes e Cabo Delgado com 1 SAAJ para 780.000 habitantes, têm uma muito fraca cobertura.

Como se trata dum programa de criação recente não é possível tirar ilações dos dados de funcionamento de 2003. Contudo pode-se já concluir que nesse ano foi pouco significativo o número de adolescentes e jovens foi atendido (7991).

Tabela 18. Número Total de SAAJs por província previstos para 2004

Província	Número de SAAJs	População alvo	População alvo/SAAJs
Niassa	7	312,148	30.307
Cabo Delgado	14	502,197	35.871
Nampula	10	1139,364	113.936
Zambézia	23	1127,08	49.003
Tete	16	469,683	29.355
Manica	12	411,634	34.303
Sofala	15	497,572	33.171
Inhambane	-	444,294	-
Gaza	21	445,42	21.210
Maputo Província	24	353,806	14.742
Maputo Cidade	17	357,298	21.018
Total	149	6060,496	40.674

A Tabela 18 mostra que em 2004 ainda não serão corrigidos os problemas detectados na distribuição dos SAAJ's em 2003. As Províncias ao Norte do rio Save ficam com mais de 29.000 habitantes do grupo alvo /SAAJs. Mesmo considerando que nem todos os potenciais beneficiários procurarão estes serviços, a distribuição dos SAAJs continua a ser deficiente. A Província de Nampula continua a ser muito pouco servida e a de Inhambane ainda não tem garantia de vir a dispor deste tipo de serviços.

Tipo de Recursos humanos existentes e sua formação

Os SAAJs funcionam com médicos, psicólogos, enfermeiros de SMI, e todo o jovem ou adolescente interessado. De referir que nem todas as províncias possuem psicólogos. Estes são recrutados de forma voluntária. Porém, tem havido alguns problemas em especial em relação aos trabalhadores do sexo feminino que se oferecem em número bastante inferior ao dos trabalhadores do sexo masculino e que, em percentagens preocupantes, desistem antes de concluírem a formação. Um dos motivos invocados, por exemplo na província do Maputo, é o facto de não terem aprovação de seus familiares¹³⁴. Na província da Zambézia, a experiência diz que o envolvimento dos pais como activistas joga um papel importante na criação de um ambiente mais favorável¹³⁵.

O envolvimento de líderes comunitários e religiosos também tem sido difícil segundo relatório de algumas províncias.

Características dos Utentes

São potenciais utilizadores destes serviços, todos os adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos, de ambos os sexos, sendo a grande maioria estudantes.

Na cidade do Maputo¹³⁶, as raparigas (87%) procuram estes serviços mais do que os rapazes (13%). Estes dados não diferem dos da província de Gaza¹⁰⁸ e acredita-se que as restantes províncias apresentam o mesmo perfil. Esta situação poderá pelo menos em parte, ser explicada pelo facto de não se ter em conta o sexo do provedor, isto é, ter um provedor do sexo masculino para receber utentes do mesmo sexo e vice-versa.

Motivação dos Utentes

Quanto aos motivos que levam os jovens à procura destes serviços não diferem de província para província. Por exemplo em Gaza¹³⁷ o primeiro motivo foi o aconselhamento (não foi possível saber que tipo de aconselhamento os utentes procuram o SAAJ, pois o sistema de recolha de dados não permite ter esta informação). Seguiu-se a consulta pré e pós natal, ITSs e por último a contraceção. Na província da Zambézia¹³⁵, o aconselhamento também surge em primeiro lugar seguido de consulta pré natal e ITSs. A mesma ordem é também verificada na Província de Maputo¹³⁴. Os jovens também procuram os SAAJs por complicações de aborto. No SAAJs do HCM a contraceção e a obtenção de informação sobre formas de prevenção e tratamento das ITSs representam respectivamente a segunda e terceira razão de procura e utilização destes serviços¹³⁶.

É de referir que os SAAJs dão a possibilidade aos jovens e aos adolescentes de conhecerem o seu estado de seropositividade. Entre Outubro de 2001 e Maio de 2003, foram testados no SAAJ do HCM 901 adolescentes e jovens, dos quais, 91% tiveram resultado negativos, 8% positivos e 1% inconclusivo¹³⁶. Em Gaza, os resultados encontrados não são muito diferentes nomeadamente, resultados positivos 11%, negativos 85% e inconclusivos 4%.

Podemos, **em conclusão**, dizer que os SAAJs têm potencial para cumprirem a função de centros de aconselhamento sobre a sexualidade segura e outros aspectos da Saúde Sexual e Reprodutiva, pelo que se recomenda o prosseguimento do seu desenvolvimento, esperando que o afluxo a estes serviços venha a ser cada vez maior.

5.3. Prevenção da transmissão Vertical (PTV)

Depois da aprovação, em 2001, da política de introdução do TARV em Moçambique¹³⁸, seguida pelo despacho ministerial em 2002¹³⁹ e pelo Guião para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) nesse mesmo ano¹⁴⁰, várias ONGs se têm engajado na implementação do PTV, desde 2002, no país. Com efeito, no ano 2003, o PTV já era implementado em 6 províncias¹⁴¹.

No MISAU, foi criada em Setembro de 2003, uma secção dentro da Repartição de Saúde da Comunidade, que se ocupa desta componente, embora já houvesse nessa repartição alguma actividade nesse âmbito, sendo de destacar a elaboração do guião acima referido¹⁴⁰. Esta

actividade (PTV), está directamente ligada ao estabelecimento da Rede Integrada de Saúde (RI)*. Até ao fim do ano de 2004, prevê-se passe a haver PTV em 100 Unidades Sanitárias.

Número e localização geográfica

A tabela 19 mostra a distribuição dos serviços de PTV, por província e por ano⁴⁷. Conforme se pode ver nessa tabela, em 2003, funcionaram 23 serviços de PTV, em apenas 6 províncias do país, nomeadamente, Cidade e Província de Maputo, Sofala, Manica, Tete e Niassa.

A Província de Sofala, foi a que beneficiou de mais serviços de PTV em 2003, com 7, seguida das de Manica e Tete, com 5 serviços cada uma. A província do Niassa foi a que beneficiou do menor número de serviços, apenas um.

Tabela 19: Serviços de PTV Existentes em 2003 e Previstos para 2004, em Moçambique. Adaptado de⁴⁷

Província	Distritos Beneficiários até ao fim de 2004		Número de serviços PTV (PTVs)					
			2003			2004		
	n/N	%	PTVs *	Grávidas dando à luz**	PTV/Grávida***	PTVs	Grávidas dando à luz	PTV/Grávida
Maputo Cidade	3/5	60	3	46,589	6	6	47,253	13
Maputo Província	5/8	63	2	45,730	4	9	47,291	19
Gaza	9/12	75	0	57,179	0	14	58,676	24
Inhambane	3/14	21	0	59,998	0	6	61,654	10
Sofala	8/13	62	7	68,145	10	12	69,619	17
Manica	6/10	60	5	54,720	9	9	56,356	16
Tete	4/13	31	5	62,668	8	14	64,313	22
Zambézia	7/17	41	0	156,637	0	11	160,408	7
Nampula	7/21	33	0	153,358	0	9	156,782	6
Cabo Delgado	3/17	18	0	68,499	0	3	69,905	4
Niassa	4/16	25	1	41,413	2	7	42,529	16
Total	59/146	40	23	814,935	3	100	834,785	12

* Unidades Sanitárias com Serviços de PTV

** Calculado com base na taxa bruta de natalidade média nacional de 1997 (4.44%)²⁷ aplicada à população projectada provincial e nacional para 2003 e 2004¹⁴².

*** Unidades Sanitárias com Serviços de PTV por cada 100.000 mulheres grávidas

Ainda na mesma tabela 19, se pode apreciar o plano de expansão desses serviços para todas as províncias do país, prevendo-se para 2004, 77 novas Unidades Sanitárias com PTV, o que vai totalizar 100 Unidades Sanitárias com esses serviços⁴⁷. Contudo, pode-se ver que a cobertura distrital por esses serviços é ainda muito baixa em Inhambane, Tete e nas províncias situadas a norte do rio Zambeze. Isso é preocupante, porque somos da opinião de que sendo esta uma actividade preventiva, a sua instalação deveria ser independente dos níveis das prevalências provinciais, pois, isso contribuiria para frenar a propagação da infecção nas províncias que ainda mostram prevalências relativamente mais baixas.

Dados estatísticos relativos ao funcionamento dos centros de PTV

Infelizmente, por se tratar dum programa relativamente novo, associado à um deficiente sistema de informação e coordenação entre os vários intervenientes nesta área, ainda não se dispõe de informação padronizada relativa ao funcionamento desses serviços no país. A tabela

* RI engloba: PTV, GATV, Hospital Dia, SAAJ, e os Cuidados Domiciliários.

20, procura compilar os dados fornecidos pelos relatórios dos núcleos provinciais especialmente concebidos para a análise de situação do presente Plano^{53, 56, 143 e 144} (com excepção da província de Tete para a qual foi usado o Relatório Anual de 2003¹⁴⁵. As Províncias de Gaza¹⁰⁸, Inhambane⁵⁴, Manica¹⁴⁶, Zambézia⁶³ nos seus Relatórios não prestaram informação sobre PTV. Nas Províncias de Nampula⁵⁷ e Cabo Delgado⁵⁵ o PTV ainda não iniciou.

Tabela 20: Estado Actual de Implementação do PTV, em Moçambique, Maio de 2004.

Províncias	Nº PTVs	Tipo de US	Média de Grávidas por Mês	% Crianças de Mães HIV+ segundo resultado do teste	Cobertura das Grávidas HIV+
Maputo Cidade ¹⁴³	3	CS	425	S/Inf	28%
Maputo Província ¹⁴⁴	2	CS	1976	S/Inf	100%
Sofala ⁵³	7	HP, HR e CS	4.344	S/Inf	23.70%
Tete ¹⁴⁵	3	CS	200	S/Inf	S/Inf
Niassa ⁵⁶	1	CS	300	S/Inf	70

CS=Centro de Saúde

HR=Hospital Rural

HP=Hospital Provincial

Tipo de Unidade Sanitária em que se encontram os serviços de PTV

O tipo de Unidade sanitária vai desde os Centros de Saúde até ao nível dos Hospitais Centrais⁴⁷.

Recursos humanos e sua formação

Estão a ser utilizados os recursos humanos já existentes, isto é, as enfermeiras de Saúde Materno Infantil (SMI). Estas beneficiaram de formação para aconselhamento às grávidas.

Mobilização e aconselhamento das grávidas seropositivas

É feito através de palestras nas unidades sanitárias nas salas de espera para a consulta pré-natal.

As mulheres que vão à primeira consulta pré-natal nas Unidades Sanitárias onde existe PTV são informadas da existência dum gabinete de aconselhamento sobre HIV. As que voluntariamente quiserem beneficiar desse aconselhamento são encaminhadas para uma sala anexa onde esse aconselhamento é efectuado. Elas são então aconselhadas e testadas, se assim o desejarem. As que se revelarem seropositivas podem beneficiar, se assim o desejarem, de administração profilática de Niverapina.

Taxa de cobertura das grávidas seropositivas pelo PTV

Conforme se pode ver na Tabela 21 das cerca de 800.000 mulheres que se estima que deram à luz em 2003, no país, só pouco mais de 15.000 (cerca de 2%) foram aconselhadas e testadas para o HIV. Destas, cerca de 19% eram seropositivas. Contudo, só 28% das mulheres grávidas seropositivas receberam Niverapina¹⁴¹. Algumas das razões da relativamente baixa cobertura com Niverapina nesta população grávida seropositiva, incluem, o facto de grande parte dessas mulheres não terem dado à luz nesse mesmo ano, adicionado ao facto de um número considerável das mulheres em questão ter chegado à maternidade já na fase expulsiva do trabalho do parto.

Infelizmente, conforme já referido, por se tratar dum programa relativamente novo, associado à dificuldade na determinação da seropositividade em crianças menores de 18 meses e pelo ainda deficiente sistema de coordenação e informação entre os vários intervenientes nesta área, ainda não estão disponíveis dados oficiais sobre a seropositividade dos filhos nascidos destas gravidezes, muito menos dos nascidos de mães seropositivas, sem profilaxia com Niverapina¹⁴⁷.

Tabela 21: Estado de Implementação do PTV em 2003 (Adaptado de¹⁴¹)

Total de Grávidas Aconselhadas e Testadas	Total de Grávidas HIV+	Total de Grávidas HIV+ que Receberam NVP	Total de Grávidas HIV+ com Parto na Maternidade	Total de Recém-Nascidos (RN) que Receberam NVP
15.299	2.932	815*	961**	950***

NVP-Niverapina,

- * Nem todas as mulheres grávidas diagnosticadas como sendo HIV+, em 2003, tiveram parto nesse ano. Só as que tiveram o parto em 2003, receberam a NVP. Daí a discrepância entre o número de mulheres HIV+ e as que receberam NVP;
- ** Corresponde às mulheres HIV+ que não tomaram a NVP no início do trabalho de parto por terem chegado à maternidade na fase expulsiva, na qual já não se crê útil administrar a NVP à mãe;
- *** Inclue todos os RN de mães seropositivas, tanto das que tiveram parto na maternidade como daquelas cujo parto foi fora da maternidade, mas que, levaram os seus filhos à maternidade para tomarem a NVP, durante as primeiras 72 horas de vida.

5.4. Posição das Confissões Religiosas

Segundo o Recenseamento Geral da População de 1997²⁷, 23.8% da população são católicos, 23.1% são sem religião, 17.5 são ziones, 7.9% são de outras religiões, 7.8% das diversas denominações protestantes e 2.1% são animistas.

Qualquer estratégia de combate ao HIV/SIDA, deve envolver todos os sectores da sociedade e as confissões religiosas não podem ficar excluídas do processo.

Nos últimos anos tem-se assistido a um crescente envolvimento das congregações religiosas, nos esforços de combate ao HIV/SIDA. A sua participação é crucial, uma vez que elas influenciam poderosamente as atitudes e comportamentos dos seus membros além de oferecerem um espaço de socialização, onde os indivíduos são expostos a valores morais e éticos importantes no conjunto da nossa sociedade.

O posicionamento das diversas confissões religiosas face à epidemia do SIDA é cercado de polémica e as suas posições são por vezes divergentes.

Algumas confissões religiosas, como por exemplo a Igreja Católica, são bastante críticas em relação as estratégias de prevenção do HIV/SIDA, que privilegiam a educação sexual e promovem o uso do preservativo, pois consideram que desse modo se encoraja a promiscuidade. Segundo Igreja Católica, tal estratégia ao invés de estancar a epidemia, pode ser uma das causas de sua propagação¹⁴⁸.

Os islâmicos têm uma posição mais extrema pois sustentam que o HIV/SIDA é uma doença que não afecta os seus crentes, uma vez que eles seguem os preceitos religiosos que impõem a fidelidade conjugal e condenam a promiscuidade sexual, categoria onde incluem, desde práticas homossexuais, sexo comercial e a banalização do sexo promovida pelos meios de comunicação social. Nessa medida acham desnecessário o uso do preservativo e inútil todo o esforço que se realiza no âmbito da prevenção contra o HIV/SIDA. O HIV/SIDA acabará quando terminar o que consideram a complacência com que os países não islâmicos lidam com a degradação dos costumes e a imoralidade.

Não obstante, no processo de preparação do PNCS II os contactos, reuniões de trabalho e sessões de debate público em que participaram representantes de organizações religiosas¹⁴⁹ foi reafirmada a sua disponibilidade para se integrarem em acções da resposta nacional ao HIV/SIDA, particularmente as que não se centrem exclusivamente no uso do preservativo. Regista-se, a participação de algumas organizações religiosas, incluindo escolas islâmicas, em acções de prevenção, nomeadamente em campanhas de consciencialização sobre os perigos do HIV/SIDA.

O Conselho islâmico de Moçambique e outras congregações muçulmanas subscreveram o Movimento Justa Paz na altura do seu lançamento, a 15 de Abril de 2004. No âmbito da estratégia de prevenção adoptada, que privilegia a fidelidade e a abstinência sexual, algumas organizações islâmicas iniciaram, na Cidade de Maputo, um processo de criação de núcleos de

combate ao HIV/SIDA, dentro das mesquitas; as escolas corânicas já incorporaram nos seus currícula capítulos sobre a doença.

Em Outubro de 2002, o Conselho Cristão de Moçambique aprovou a Declaração da Rede Cristã contra o SIDA¹⁵⁰. Um dos principais pilares da estratégia de prevenção ao HIV/SIDA da Rede é a promoção da abstinência e da fidelidade conjugal, assumindo que a ênfase deve ser mais nestas duas medidas e menos no uso do preservativo. Uma atitude inovadora desta Rede é o reconhecimento da necessidade de maior abertura por parte da Igreja em relação ao sexo e sexualidade, considerados componente importante na vida dos indivíduos.

A relutância e as restrições que as organizações religiosas têm em relação às acções de prevenção contra o HIV/SIDA já não se verificam no que respeitar à terapêutica ou à mitigação das consequências. As confissões religiosas têm-se envolvido cada vez nas acções que recaem nestes domínios. Diversos movimentos têm sido criados, com vista a congregar esforços e definir estratégias de acção comuns, independentemente das diferenças teológicas. Kubatsirana, Organização Interdenominal do SIDA¹⁵¹, Movimento Justa Paz, Rede Cristã contra o SIDA¹⁵⁰, são alguns dos movimentos formados pelas confissões religiosas no âmbito do combate ao HIV/SIDA.

A Organização Justa Paz foi constituída como um fórum de todas as confissões religiosas contra o HIV/SIDA. A criação deste movimento busca unir esforços das várias congregações religiosas na luta contra o SIDA. Uma das principais contributos do Movimento Justa Paz foi a edição de um documento entitulado "O Cristão e o SIDA: Uma reflexão bíblico-teológica face aos desafios do HIV/SIDA"¹⁵². Subscrevem o texto, que pretende ser um manual para formadores cristãos, 19 organizações religiosas.

As principais acções das confissões religiosas são visitas domiciliárias, cuidados de saúde, apoio moral e material, aconselhamento e orações às pessoas infectadas e afectadas pelo HIV/SIDA, apoio às COVs¹⁵³ e, nalguns casos, terapêutica com anti-retrovirais.

As necessidades de Cuidados de Saúde, alimentação e vestuário são, em alguns casos, contemplados na intervenção das associações religiosas. Num estudo¹⁵⁴ desenvolvido pela Associação de Pessoas Vivendo com SIDA, KINDLIMUKA, dos respondentes que afirmaram receber apoio, a maioria indicou que este apoio provém das organizações religiosas.

5.5. Outros Programas de Prevenção nas empresas e outras instituições

Quase todas as grandes empresas privadas de grande dimensão e algumas de média dimensão, bem como outras instituições públicas e privadas de grande dimensão desenvolveram programas preventivos para os seus trabalhadores. Estas instituições compreenderam que a perda de mão de obra qualificada constitui uma considerável perda económica e humana que eles não podem suportar. Estas instituições de grande e média dimensão têm capacidade financeira para o fazer e incorporaram o custo destas actividades preventivas nos seus custos operativos¹⁵⁵.

Já o mesmo não sucede com as pequenas empresas e com todas aquelas que, independentemente da sua dimensão, empregam grandes volumes de mão de obra pouco qualificada e, conseqüentemente, com baixo custo de formação. Estas não têm capacidade financeira para desenvolverem extensos programas de prevenção e não se preocupam com a sorte dos seus trabalhadores, limitando-se a admitir outros quando os trabalhadores perdem a capacidade produtiva devido ao SIDA. Para incrementar as actividades de prevenção nestas empresas haverá que introduzir legislação para que estes programas se tornem obrigatórios e há que dar apoio a essas empresas, pelo CNCS e pelo Governo, com a assistência dos parceiros internacionais. A obrigatoriedade destes programas pode provocar subida dos preços dos produtos ou serviços fornecidos, mas se as regras da concorrência forem iguais para todos, num mercado livre como o nosso, todos gicarão em situação de igualdade.

As grandes empresas receiam que, se se não vierem a tomar rapidamente medidas eficazes, as pequenas e médias empresas possam vir a ser dizimadas pela epidemia e que percam sustentabilidade económica. Como quase todas as grandes empresas dependem de pequenas e médias empresas que lhes prestam serviços, se estas pequenas empresas entrarem em

colapso, as grandes empresas terão que procurar esses mesmos serviços noutra parte, eventualmente, no estrangeiro, passando esses serviços a custar mais caro, o que afectaria a sua própria rentabilidade.

Embora não tenha sido possível colher informação muito detalhada sobre estas actividades de prevenção, de uma maneira geral pode afirmar-se que estes programas são essencialmente baseados em palestra, distribuição de materiais impressos, exibição de filmes e vídeos, por vezes, dramatizações e debates. Não existem estudos de avaliação da eficácia destas actividades de prevenção, em particular do seu impacto em termos de mudanças de comportamento sexual. Porém, os empresários que têm levado estes programas mais a sério estão convictos da sua eficácia¹⁵⁵.

Existe já um projecto (Projecto HOPE) do Ministério do Trabalho, em colaboração com 3 grandes empresas (TDM, EDM e CETA) e com os sindicatos, e com o apoio financeiro do USAID. Para este efeito o MITRAB criou uma Unidade especializada de «Prevenção e Combate ao HIV/SIDA no local de Trabalho». Este projecto desenvolve actividades de prevenção no local de trabalho, persuadindo os trabalhadores a evitar comportamentos sexuais de risco, em conformidade com as boas práticas de prevenção no local de trabalho recomendadas pela OIT. Este projecto também envolve os 3 parceiros no estabelecimento de políticas para combater a discriminação contra as PVHS no local de trabalho e para a redução dos impactos do HIV/SIDA na força de trabalho. Infelizmente, este interessante projecto cobre somente 3 empresas e tem só financiamento até final de 2004.

5.6. Actuação na Área da Prevenção das Organizações da Sociedade Civil

Neste momento estão registadas no CNCS cerca de 1400 ONGs e outras organizações da sociedade civil que operam em Prevenção e que se dividem pelas áreas de IEC, Desenvolvimento Institucional e Advocacia¹⁵⁶. Muitas destas organizações desenvolvem acções em mais do que uma área.

No que toca à sua distribuição geográfica (ver tabela 22), estas organizações encontram-se a funcionar, na sua maioria, nas províncias de Inhambane, Nampula e Sofala. As províncias com menos actividade são Maputo Província e Maputo Cidade.

Tabela 22: Distribuição geográfica das ONGs actuando na área de Prevenção

Província	IEC	Desenvolvimento Institucional	Política e Advocacia
Cabo Delgado	116	4	0
Cidade de Maputo	26	9	3
Gaza	50	14	5
Inhambane	169	52	22
Manica	128	17	10
Maputo	50	6	1
Nampula	160	49	29
Niassa	89	19	5
Sofala	155	51	28
Tete	83	12	4
Zambézia	83	14	8
TOTAL	1109	247	115

Desde que o sistema CRIS foi criado, foram feitos apelos às organizações da Sociedade Civil para se registarem no sistema e os assistentes de bases de dados do nível provincial continuam a incentivar esse registo. Muito embora a inscrição no sistema não tenha qualquer pressuposto de financiamento, muitas das organizações da Sociedade Civil interpretam esse registo na base de dados como um primeiro passo para posteriormente virem a beneficiar de financiamentos do CNCS. Daí que muitas organizações se tenham registado. Por outro lado, o formulário padronizado de recolha de dados permite a inscrição da organização para todas as finalidades que bem entenderem. Muitas das organizações

da Sociedade Civil que se registaram indicam que desenvolvem actividades em muitas áreas, na expectativa que assim tenham mais possibilidades de serem financiadas. De facto não existe

nenhum mecanismo para verificar se essas organizações desenvolvem de facto essas actividades. De modo que muitas das informações fornecidas pelo sistema são fictícias.

Tendo por base os dados recolhidos junto da MONASO¹⁵⁷, podemos perceber que quase todas as organizações se dedicam a campanhas de IEC, sendo que já existe um número considerável a ocupar-se também da formação. Apenas um conjunto muito reduzido se dedica ao aconselhamento, sendo menos ainda aquelas que fazem distribuição de preservativos¹⁵⁷.

Relativamente aos grupos alvo, também segundo a base de dados da MONASO, os jovens dentro e fora da escola aparecem como sendo o grupo a que se dedica o maior número de organizações. Aqueles que desenvolvem algum tipo de programa direccionado para grupos como mineiros, militares, ou trabalhadoras de sexo, identificam o seu grupo alvo como sendo a comunidade em geral, o que nos leva a concluir que não há um direccionamento das actividades e dos objectivos das organizações¹⁵⁷.

No entanto, apesar do número total que nos é apresentado, podemos concluir, através dos relatórios que nos chegaram das províncias, que nem todas estas organizações se dedicam exclusivamente ao combate ao HIV/SIDA, como é exemplo o caso da Província de Cabo Delgado⁵⁵: Nesta Província não existem ONGs e as outras organizações da sociedade civil que trabalham na área do HIV/SIDA, depois de muitas negociações com o NPCS passaram a trabalhar no combate ao HIV/SIDA, não deixando contudo de trabalhar nas áreas em que já se tinham comprometido, como na Saúde ou nas Obras Públicas e Habitação.

No momento do registo as organizações da Sociedade Civil devem declarar o montante de recursos de que dispõem. Não se sabe até que ponto as declarações feitas são verdadeiras, mas temos que as aceitar como tal. Como sem recursos é difícil realizar actividades, determinámos a percentagem das que não declaram recursos ou que declaram possuírem menos de 2.000 dólares. Elas representam 82% do total. Cerca de 10% declararam dispor entre 2 e 20 mil dólares. Cinco por cento declararam dispor de mais de 100.000 dólares.

Esta classificação das organizações da Sociedade Civil por diferentes grupos de recursos dá-nos uma melhor ideia daquelas que efectivamente realizam actividades. Assim se pode concluir que só cerca de 18% das organizações da Sociedade Civil registadas possuem um volume de recursos que nos podem fazer crer que possam desenvolver uma acção minimamente eficaz.

Há ainda a notar que muitas das que actuam na área da prevenção concentram-se sobretudo no recrutamento de activistas para realizarem palestras, de cuja eficácia podemos duvidar, tanto mais que nos foi reportado que, por escassez de recursos, tendem a dar uma formação deficiente aos activistas, pelo que em muitos casos as mensagens transmitidas são incorrectas.

5.7. GATVs

No âmbito do Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA¹⁵⁸, a criação, e expansão de Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATVs), surge como prioridade dentro das metas e estratégias para o período 2000-2002 de modo a garantir a prestação de serviços essenciais e de boa qualidade.

O Ministério da Saúde, iniciou a implantação dos GATVs em Junho de 2001. Ao longo do mesmo ano, foram criados 5 GATVS sendo 2 na Cidade do Maputo, 2 em Sofala e 1 em Manica. Os GATV's foram desenhados com vista a responder à demanda das Direcções Provinciais e Distritais de Saúde bem como das Organizações não Governamentais, intervindo em diversas áreas de prestação de serviços dentro dos diversos programas. Assim, os GATVs encontram-se divididos em: GATV clássico, GATV/PTV, GATV/SAAJ, GATV Satélite, GAT e ATV dependendo do tipo de serviço onde está inserido¹⁵⁸.

Os GATVS tem como objectivo, por uma lado, ser a porta de entrada para os serviços de Saúde e por outro, receber utentes que de forma voluntária pretendem saber o seu estado serológico. No que diz respeito ao aconselhamento, estes gabinetes, são vocacionados para uma intervenção psicológica dentro da área clínica, permitindo que se estabeleça uma relação de confiança entre o conselheiro e o utente.

Por outro lado, a possibilidade de testagem voluntária é aqui oferecida ao utente como uma porta de entrada para a própria intervenção preventiva. Isto é, pretende-se que o indivíduo seronegativo se mantenha seronegativo e que o seropositivo ganhe consciência do seu estado de potencial transmissor do HIV/ITS e, portanto, adira às diversas formas de prevenção e procure ter uma melhor qualidade de vida quer tratando as infecções oportunistas quer aderindo ao TARV ou ao tratamento de uma eventual ITS⁴⁷.

Em 2003, foram montados 84 GATVs (Clássicos, satélites, ATV e SAAJ), distribuídos pelas 11 províncias do país, estando previstos um total de 130 em 2004. A tabela 23 ilustra o número de GATVs clássicos por província¹⁵⁹.

Tabela 23. Número médio de utentes /GATV clássico/província - 2003

Província	População	Nº hab./ /GATV	Nº de GATVs*	Nº de utentes	Média de utentes / /GATV
Cabo Delgado	1.560.000	1.560.000	1	614	614
Niassa	941.000	471.000	2	5.325	2.623
Nampula	3.485.000	1.162.000	3	2.293	764
Zambézia	3.560.000	1.187.000	3	1.594	531
Tete	1.424.000	285.000	5	13.344	2.669
Manica	1.244.000	415.000	3	9.163	3.054
Sofala	1.549.000	258.000	6	11.230	1.872
Inhambane	1.364.000	227.000	6	1.862	310
Gaza	1.300.000	433.000	3	15.946	5.315
Maputo Província	1.039.000	208.000	5	6.286	1257
Maputo Cidade	1.059.000	177.000	6	33.506	5584
Total País	18.525.000	430.000	43	101.163	2353

* GATVs clássicos

Nesta tabela pode-se constatar que as províncias melhor servidas são Maputo Cidade e Maputo Província, logo seguidas de, Inhambane, Sofala e Tete. Cabo Delgado, Nampula e Zambézia estão bastante mal servidas. Gaza, Manica e Niassa estão servidas a níveis idênticos aos da média nacional. Isto denota falta de preocupação com o princípio da equidade na distribuição de recursos, o que se não justifica num programa ainda em processo de criação.

Província	População	GATVs criados em 2003	GATV's a criar em 2004	Nº hab./ /GATV
Cabo Delgado	1.560.000	1	3	390.000
Niassa	941.000	3	4	134.000
Nampula	3.485.000	3	4	498.000
Zambézia	3.560.000	3	7	356.000
Tete	1.424.000	10	6	78.000
Manica	1.244.000	10	1	113.000
Sofala	1.549.000	14	9	67.300
Inhambane	1.364.000	6	3	151.000
Gaza	1.300.000	11	3	93.000
Maputo Província	1.039.000	11	5	65.000
Maputo Cidade	1.059.000	8	5	81.000
Total País	18.525.000	80*	50	143.000

Tabela 24 Número de GATVS/SAT/PTV existentes em 2003 e os previstos para 2004⁴⁷

Os GATVs de Maputo Cidade e Gaza têm boa rentabilidade, pois têm um número médio de utentes igual ao dobro da média nacional, mas os de Inhambane, Zambézia, Cabo Delgado e Nampula são menos produtivos: o seu número médio de utentes está situado entre 13 e 32% da média nacional. Seria conveniente realizar estudos

sobre a aceitabilidade de serviços deste tipo, para melhor compreender estas discrepâncias.

A seria de esperar que em 2004 se propusesse uma distribuição mais equitativa destes serviços pelas províncias, mas como se pode verificar na tabela 2, isto só acontece em parte. Na região Norte, todas as províncias mantêm mais de 100.000 habitantes por serviço. Na região Centro, beneficia-se acentuadamente a província de Tete e Sofala, talvez em consideração das elevadas taxas de seropositividade que apresentam, enquanto que na região Sul, Inhambane é a menos beneficiada. Deve-se no entanto assinalar que o acréscimo de 50 novas unidades num ano representa um esforço notável no sentido de diminuir a média nacional de número de habitantes por unidade.

Tabela25 - Pessoal formado entre 2002 e 2003

Formação	Ano		Total
	2002	2003	
Conselheiros GATV	140	150	290
Conselheiros para ARV		10	10
Conselheiros GATV/PTV	29	38	67
Técnicos de Saúde em Aconselhamento	-	110	110
Reciclagem	17	74	91
Supervisores	-	15	15
Montagem de grupos PVHS*	-	30	30
Conselheiros GATV/PNTL	27	-	27
Operadores de Base de Dados	31	43	74
Total	244	470	714

* Formação de grupos de apoio a pessoas vivendo com HIV/SIDA

** Pessoal técnico do PNTL formado para aconselhamento dada a estreita relação do HIV/SIDA com a tuberculose.

psicólogos está projectado no entanto ainda não foi posto em prática devido essencialmente à falta de psicólogos no país.

Características dos utilizadores

➤ **Distribuição por Género e grupo etário**

De acordo com a indicação obtida junto dos serviços, a utilização, por grupos etários foi a seguinte: 0-9 (3%), 10-19 (29%), dos 20-29 (42%), dos 30-49 (22%) e com 50 anos ou mais, (3%). Se reorganizarmos os grupos etários de forma mais convencional, verificamos que o grupo etário 15-19 anos assume maior relevância entre os utentes.

O grosso dos utentes é sem dúvida a população sexualmente activa.

As mulheres (55%) procuram os serviços de GATVs mais do que os homens (45%). mas, 35,4% são grávidas que vêm para o programa de PTV. Quando excluimos as grávidas os homens representam 52,7% dos restantes utentes e as mulheres 47,3% (ver adiante tabela 25).

Recursos humanos e sua formação

O Ministério da Saúde editou um Manual de Aconselhamento¹⁶⁰ com vista à formação de conselheiros. Neste podem encontrar-se os critérios de selecção para o recrutamento de candidatos a conselheiros, que posteriormente tem uma formação de 2 semanas (aulas teóricas e práticas) e um mês de estágio (prática acompanhada) no local de trabalho.

Os conselheiros formados até ao momento são: pessoal de saúde reformado, trabalhadores de saúde que esperam colocação no Aparelho de Estado, populares, de ambos os sexos, dando-se preferência ao género feminino e tendo atenção à especificidade da demanda.

Como se pode ver na tabela 25, houve um grande esforço do programa na formação e capacitação de pessoal de modo a poder cobrir as necessidades.

Acompanhamento psicológico para os conselheiros

Estes serviços são visitados 2 vezes por ano, por supervisores provinciais e do nível Central.

O acompanhamento dos conselheiros por

➤ Distribuição por Nível Educacional

Quando analisamos o grau de utilização dos GATVS por nível de escolaridade, verificamos que 13% não tem escolarização, 43% tem o nível primário, 32% tem nível secundário e os restantes 12% dos utentes possuem outros níveis de escolarização (médio e superior¹¹⁸. Daqui se depreende que 87% das pessoas que frequenta mais os GATVS possui pelo menos o nível primário. Estes dados tornam-se particularmente importantes se tivermos em conta que na população em geral cerca de 71% não possuem sequer o primeiro nível primário, o que significa que grande parte destes indivíduos não está a frequentar os GATVs. Estes são sobretudo frequentados por pessoas um certo nível de escolaridade. Portando, torna-se necessário ter estes dados em conta, quando pensamos em expandir o programa de modo que essa expansão seja feita de modo racional.

➤ Distribuição por Situação Conjugal

Analisando a situação conjugal dos utentes, podemos constatar que 44,7% dos utentes são solteiros, 35,5% vivem em situação de união de facto e apenas 10% são casados; os separados ou viúvos constituíram apenas 2,8% e 3,1%, respectivamente. Portanto, se pensarmos que os solteiros são grupo de risco por não ter uma relação sexual estável, a união de facto aqui tão pouco dá essa estabilidade quando comparada com a situação dos casados. Cruzando a informação com o resultado do teste, observa-se que 43% dos solteiros são seropositivos e 28% dos que vivem em união de facto são seropositivos. Dos testes aos casados só 12% resultaram positivos.

➤ Distribuição por Religião

A distribuição dos utentes por religião (ver tabela 26), revela que os católicos e sobretudo os protestantes vão aos GATVs em maiores proporções do que as do seu coeficiente na população geral. Já os “sem religião” e os muçulmanos vão em menores proporções.

Em relação aos muçulmanos, este facto será devido ao desequilíbrio geográfico na distribuição dos GATVS (ver tabela 23), pois que a província que tem mais mussulmanos – a Província de Nampula, é das mais mal servidas.

A tabela 26 mostra claramente que os católicos são a grande maioria dos utentes (cerca de 30%). Estes são logo seguidos pelos protestantes que são apenas 7,8% da população, o que significa que as autoridades religiosas protestantes estão de facto preocupados com os seus crentes.

Tabela 26. Utesntes dos GATVs por religião VS distribuição percentual da população por religião

Religião	Nº de utentes ¹⁵⁹	% de utentes por religião ¹⁵⁹	% da população por religião ²⁷
Católica	29807	29,5	23,8
Protestante	23102	22,8	7,8
Muçulmanos	7467	7,4	17,8
Universal	3841	3,8	-
Testemunhas de Jeová	1722	1,7	-
Zione	-	-	17,5
Animista	-	-	2,1
Seita religiosa	14609	14,4	-
Sem religião	15763	15,6	23,1
outra	4285	4,2	-
Sem Informação	567	0,6	-
Total	101163	100	92,1

Tabela 27. Motivação principal de visita ao GATV por género¹⁵⁹

Motivação	Número de utentes	sexo		%	
		Fem.	Masc.	F	M
Ref. Prof. Saúde	7.297	3.939	3.358	10,4	7,9
Comportamento de risco	23.951	8.939	15.012	23,6	35,7
Parceiro de risco	1.080	731	349	1,9	0,8
Desconfiança do parceiro	7.430	4.310	3.120	11,4	7,4
Sentir-se doente	14.871	8.051	6.820	21,3	16,2
Parceiro doente	986	546	440	1,4	1,0
Parceiro HIV+	1.055	623	432	1,6	1,0
Planeamento familiar	1.592	824	768	2,2	1,8
Criança doente	1.168	853	315	2,3	0,7
Casamento	867	462	405	1,2	1,0
Mais aconselhamento	12.778	5.192	7.586	13,7	18,0
Violência sexual	122	86	36	0,2	0,09
outras	6.729	3.286	3.443	8,7	8,2
TOTAL	79.926	37.842	42.084	47,3	52,7
PTV	21.094	20.762	332*	35,4	0,8*
Total Geral	101.020	58.604	42.416	-	-

* referem-se a crianças acompanhadas pelas mães para fazer TARV

procuram “mais aconselhamento” (18,0%) enquanto, das mulheres, só 13,7% vão aos GATV's por essa razão. Já as mulheres procuram mais os GATV's do que os homens, por “sentir-se doente” (21,3% e 16,2% respectivamente).

Os motivos aqui invocados orientam a análise para o facto dos utentes sentirem necessidade de serem testados e provavelmente a esperança de terem acesso ao tratamento.

A maior parte dos GATV's foram inicialmente implementados a nível quaternário e terciário, seguindo-se o secundário. Só com a expansão do programa se tem vindo a descer para o nível primário. Se o principal objectivo destes serviços fosse o aconselhamento, faria mais sentido que esta implementação tivesse sido feita a partir do nível primário e mesmo do nível comunitário. Não parece pois que o aconselhamento, com finalidade preventiva, tenha sido o principal objectivo na prática, mesmo se nos objectivos expressos por escrito assim seja.

A implementação dos GATV's de forma centrífuga (começando pelo nível quaternário e terciário) permite também pensar que a captação de forma selectiva e sistemática de indivíduos seropositivos com vista a iniciar tratamento, foi a principal razão.

É igualmente de referir que uma vez que não se reforçou a capacidade de testagem nos laboratórios das unidades sanitárias periféricas, os GATV's são intensamente utilizados pela clínica para saber o estado de seropositividade dos doentes; facto este que também remete para segundo plano o aconselhamento dos utentes.

Porém, como se pode ver nas tabelas 23 e 24, o número de GATV implementados no país ainda fica muito aquém das necessidades. Não podemos igualmente aqui deixar de referir que o pormenor de se ter escrito “PNC DTS/HIV/SIDA” nas placas que identificam os GATV's é, no mínimo infeliz e contribui para a tão indesejada estigmatização.

Motivação dos Utentes por género

Entre os 14 motivos apresentados para a procura de GATV's (ver tabela 27), pelas mulheres, destacam-se os seguintes: programa de transmissão vertical 35,4%, “comportamento de risco” 23,6%, “sentir-se doente” 21,3% e necessidade de mais aconselhamento 13,7%.

Já para os homens as principais razões de procura são: “comportamento de risco” 35,7%, necessidade de mais aconselhamento 18,0% e “sentir-se doente” 16,2%.

No que diz respeito aos motivos da procura destes serviços, por género, foi possível verificar que os homens referem com menor frequência comportamento de risco, quando comparados com as mulheres 35,4% e 23,6%, respectivamente. Os homens

6. Actuação Terapêutica sobre a Doença:

6.1. Diagnóstico e Tratamento de Infecções Oportunistas (TIOs)

Uma vez que a principal manifestação do SIDA é através do aparecimento de infecções oportunistas, cuja frequência e severidade são directamente proporcionais ao grau de imunodeficiência¹⁶¹, os TIOs têm vindo a acompanhar o desenvolvimento da rede de serviços de saúde a prestar à população, conforme descrito no Plano estratégico de combate ao HIV/SIDA do sector de Saúde⁴⁷. Já existe um guião para o tratamento e profilaxia de Infecções Oportunistas em Moçambique¹⁶².

Número e Localização Geográfica dos Serviços de TIOs

Conforme se pode ver na tabela 28, em 2003, funcionaram 23 serviços de TIOs, em apenas 7 províncias do país, nomeadamente, Cidade e Província de Maputo, Sofala, Manica, Tete, Zambézia e Niassa, sendo as províncias de Maputo Cidade, Sofala e Tete as que beneficiaram de mais serviços de TIOs, com 6 cada, seguidas da de Manica, com 2 serviços. As províncias de Maputo província, Zambézia e Niassa foram as que beneficiaram do menor número de serviços.

Ainda na tabela 28, pode-se apreciar o plano de expansão desses serviços para todas as províncias do país, em 2004, perfazendo 119 novos Serviços de TIOs, o que vai totalizar 142 desses serviços no ano em curso.

Contudo, pode-se ver que a cobertura distrital por esses serviços é ainda insatisfatória, principalmente nas províncias do norte do rio Zambeze. Isso é preocupante, porque é nessas províncias que reside a maioria da população moçambicana¹⁴² e consequentemente, a maioria dos seropositivos do país¹⁶³.

Tabela 28: Serviços de Tratamento de Infecções Oportunistas (TIOs) Existentes em 2003 e Previstos para 2004 (Adaptado⁴⁷)

Província	Distritos Beneficiários		Número de serviços TIO (TIOs)					
			2003			2004		
	n/N	%	TIOs	Habitantes	TIO*/Habit.	TIOs **	Habitantes	TIO*/Habit.
Maputo Cidade	3/5	60	6	1,058,833	6	19	1,073,938	18
Maputo Província	5/8	63	1	1,039,321	1	15	1,074,793	14
Gaza	10/12	83	0	1,266,431	0	18	1,333,540	13
Inhambane	7/14	50	0	1,363,596	0	12	1,401,216	9
Sofala	8/13	62	6	1,548,748	4	14	1,582,256	9
Manica	5/10	50	2	1,243,638	2	10	1,280,829	8
Tete	6/13	46	6	1,424,263	4	16	1,461,650	11
Zambézia	8/17	47	1	3,559,923	0	14	3,645,630	4
Nampula	6/21	29	0	3,485,420	0	10	3,563,224	3
Cabo Delgado	3/17	18	0	1,556,788	0	8	1,588,741	5
Niassa	4/16	25	1	941,195	1	6	966,579	6
Total	65/146	45	23	18,521,246	1	142	18,972,396	7

* Unidades Sanitárias com Serviços de TIOs por cada 1000.000 Habitantes

** Total de Unidades Sanitárias com Serviços de TIOs em 2004

O tipo de Unidade sanitária onde os serviços de TIOs se encontram vai desde os Centros de Saúde até ao nível dos Hospitais Centrais⁴⁷.

Estatísticas Relativas aos TIOs

Por não existir ainda um sistema uniforme e coordenado de Monitorização das actividades nos HDD e CDs, não se dispõe de dados fiáveis e padronizados sobre o volume de actividades, taxas de cobertura ou grupos alvo dessas actividades. A tabela 29, abaixo, procura compilar os dados fornecidos pelos relatórios dos núcleos provinciais especialmente concebidos para a análise de situação do presente Plano. Contudo, como se pode ver nessa mesma tabela, apesar de se haver preparado um guião específico para os referidos relatórios, poucas foram as províncias que o adoptaram na íntegra, gerando por isso informações não sistematizadas, o que dificulta qualquer exercício de comparação entre as províncias. Seja como for, esses relatórios têm o mérito de “denunciar” a insuficiência dos actuais sistemas de monitorização de actividades nos HDD e CDs.

Tabela 29: Dados Estatísticos e Descritivos sobre os Serviços de TIOs

Província	% de Crianças seropositivas de 1-17 Meses de idade sob TIO	Disponibilidade de meios de TIOs
Maputo Província ¹⁴⁴	NA	Sim mas não há pessoal capacitado
Gaza ¹⁰⁸	Não Iniciou	Não Iniciou
Sofala ⁵³	Sem Informação	Escasso e pouco pessoal capacitado
Zambézia ⁶³	Sem Informação	Sim, mas Escasso
Nampula ⁵⁷	Sem Informação	Por estabelecer
Cabo Delgado ⁵⁵	Sem Informação	Sim, mas falta de recursos humanos
Niassa ⁵⁶	100%	Sim

6.2. Hospitais de Dia e Cuidados Domiciliários

Os Hospitais de dia (HDD) são unidades especializadas no atendimento à pessoas vivendo com HIV/SIDA. Eles possuem uma componente ambulatória e uma componente de cuidados domiciliários (CDs)^{47, 164 e 165}. Os HDD estão integrados na rede de serviços de saúde a prestar à população¹⁶⁵ e são o lugar por excelência para a introdução e controlo do TARV. Estas Unidades, foram concebidas, para além de oferecer o TARV, para diminuir a sobrecarga do Serviço Nacional de Saúde, pois; o doente é atendido em ambulatório, evitando deste modo os 3 milhões de dias de internamento que seriam gerados só pelos casos de SIDA⁴⁷ conforme se explica mais adiante, no capítulo referente ao impacto do HIV/SIDA sobre os Serviços de Saúde.

Número e Localização Geográfica dos HDD e CDs

O número e a Localização dos HDD, coincidem com os que se apresentam mais adiante em relação às Unidades Sanitárias provedoras do TARV.

Todavia, como se pode ver na tabela 30⁴⁷, os CDs têm uma distribuição geográfica muito mais ampla que a dos HDD. Esta tabela, mostra a distribuição dos serviços de CDs, por província bem como a cobertura distrital por esses serviços. Conforme se pode ver nessa tabela 30, em 2003, funcionaram 45 serviços de CDs, em apenas 7 províncias do país, nomeadamente, Cidade e Província de Maputo, Gaza, Sofala, Manica, Tete e Niassa, sendo a Cidade de Maputo, a que beneficiou de mais serviços de CDs, com 12, seguida das de Gaza e Manica, com 11 e 7 serviços respectivamente. A província do Niassa foi a que beneficiou do menor número de serviços, apenas um.

Ainda na mesma tabela, se pode apreciar o plano de expansão desses serviços para todas as províncias do país, em 2004, perfazendo 80 novos Serviços de CDs, o que vai totalizar 125 Serviços de CDs no ano em curso.

Contudo, pode-se ver que a cobertura distrital por esses serviços é ainda insatisfatória, principalmente nas províncias ao Norte do rio Zambeze. Isso é preocupante, tendo em conta o

elevado número de seropositivos que se estima que residam nessa região do país, segundo explicado no capítulo referente ao tratamento das infecções oportunistas.

Tabela 30: CDs Existentes em 2003 e Previstos para 2004⁴⁷

Província	Distritos Beneficiários até ao fim de 2004		Número de serviços CD (CDs)					
			2003			2004		
	n/N	%	CDs*	Habitantes	CD/ Habit. **	CDs	Habitantes	CD/ Habit.
Maputo Cidade	3/5	60	12	1,058,833	11	16	1,073,938	15
Maputo Província	6/8	75	5	1,039,321	5	14	1,074,793	13
Gaza	7/12	58	11	1,266,431	9	16	1,333,540	12
Inhambane	6/14	43	0	1,363,596	0	11	1,401,216	8
Sofala	8/13	62	4	1,548,748	3	11	1,582,256	7
Manica	6/10	60	7	1,243,638	6	10	1,280,829	8
Tete	6/13	46	5	1,424,263	4	17	1,461,650	12
Zambézia	7/17	41	0	3,559,923	0	13	3,645,630	4
Nampula	3/21	14	0	3,485,420	0	7	3,563,224	2
Cabo Delgado	1/17	6	0	1,556,788	0	6	1,588,741	4
Niassa	4/16	25	1	941,195	1	4	966,579	4
Total	57/146	39	45	18,521,246	2	125	18,972,396	7

* Unidades de CDs

** Unidades de CDs por cada 1.000.000 Habitantes

O tipo de Unidade sanitária vai desde os Centros de Saúde até ao nível dos Hospitais Centrais⁴⁷.

Estatísticas Relativas aos HDD e CDs

Conforme explicado acima, no capítulo referente ao tratamento de infecções oportunistas, por não existir ainda um sistema uniforme e coordenado de Monitorização das actividades nos HDD e CDs, não se dispõe de dados fiáveis e padronizados sobre o volume de actividades, taxas de cobertura ou grupos alvo dessas actividades. A tabela 31, abaixo, procura compilar os dados fornecidos pelos relatórios dos núcleos provinciais especialmente concebidos para a análise de situação do presente plano. Nas províncias que forneceram dados, pode-se ver a demanda já estabelecida em relação à esses serviços, facto que contrasta com o tamanho das quotas mensais de TARV planeadas para o presente ano e mostradas mais adiante no capítulo referente ao TARV.

Não estão disponíveis dados sobre o número médio de doentes servidos por mês, estratificado por sexo e idade.

Não há informação sobre Taxa de cobertura dos doentes pelos Hospitais de Dia, nem pelos cuidados médicos domiciliários nem sobre Percentagem de pessoas servidas nos Hospitais de Dia com base nos padrões internacionais ou por cuidados médicos domiciliários

Também não há informação sobre programas para promover aceitação e dar apoio a pessoas infectadas pelo HIV, nem sobre as características dos utilizadores

Tabela 31: Dados Estatísticos e Descritivos sobre os Serviços Actualmente Disponibilizados nos HDD e CDs

Província	Média de Doentes por Mês nos HDD	Média de Doentes por Mês nos CDs	Disponibilidade De TARV	Suplementos Nutricionais às PVHS
Maputo Cidade ¹⁴³	ND	ND	Sim	ND
Maputo Província ¹⁴⁴	30	ND	Sim	ND
Gaza ¹⁰⁸	Xai-Xai	147	Sim	Não estabelecido
	Chókwè			
Inhambane ⁵⁴	Não iniciou Actividade	NA	NA	NA
Sofala ⁵³	200	ND	Sim	Sim, PMA
Manica ¹⁴⁶	ND	ND	ND	ND
Tete ¹⁴⁵	30	44	ND	ND
Zambézia ⁶³	ND	ND	Sim	Sim, fora do HDD
Nampula ⁵⁷	50	ND	Ainda não	ND
Niassa ⁵⁶	300	10	Sim em Lichinga	Só educação nutricional
Cabo Delgado ⁵⁵	Não iniciou Actividade	NA	NA	NA

ND: Dados Não disponíveis;

NA: Não Aplicável

Recursos Humanos nos HDD

A disponibilidade de recursos humanos para os HDD está sumarizada na tabela 32.

Tabela 32: Recursos Humanos nos HDD

Província	Recursos Humanos Existentes
Maputo Cidade ¹⁴³	ND
Maputo Província ¹⁴⁴	médicos, enfermeiros, técnicos de medicina.
Gaza ¹⁰⁸	Médicos, Técnicos médios (medicina e enfermagem), Enfermeiros básicos, Serventes, Administrativos, Formadores, Supervisores e Activistas
Inhambane ⁵⁴	NA
Sofala ⁵³	Médicos, Técnicos, Enfermeiros, Serventes e Activistas.
Manica ¹⁴⁶	ND
Tete ¹⁴⁵	ND
Zambézia ⁶³	1 Enfermeira média, 1 Enfermeira básica, 1 Enfermeira Elementar, 1 Técnico de Medicina Geral, 1 Receptionista, 2 Auxiliares Voluntários, 2 Médicos (1 Moçambicana e 1 Italiana) e 2 Serventes.
Nampula ⁵⁷	1 Médico, 1 Enfermeiro (médio), 1 Receptionista e 1 Servente (elementar)
Niassa ⁵⁶	1 médico e 2 agentes de medicina e 20 voluntários para CDs
Cabo Delgado ⁵⁵	NA

6.4. Tratamento com Antiretrovirais (TARV)

Nos últimos dois anos, foram feitos enormes progressos em termos de preparação para o TARV em Moçambique. Com efeito, o MISAU já publicou um protocolo de tratamento do SIDA no país¹³⁸.

Iniciaram-se vários projectos liderados por ONGs, como, Médicos Sem Fronteiras (MSF), Comunidade de Santo Egidio, Health Alliance International (HAI), criando uma experiência local na administração do TARV em Moçambique¹⁶⁶. O MISAU, também iniciou o TARV em 100 funcionários públicos, em 2003¹⁶⁶.

Número e Localização Geográfica dos Serviços de TARV

A tabela 33, mostra a distribuição de serviços de TARV, por Província e por ano⁴⁷. Conforme se pode ver nessa tabela, em 2003, dez Unidades Sanitárias ofereciam TARV, em apenas 6 províncias do país, nomeadamente, Cidade e Província de Maputo, Sofala, Tete, Zambézia e Niassa. Sendo a cidade do Maputo, a que beneficiou de mais serviços de TARV, com 3, seguida das de Sofala e Tete, com 2 serviços cada uma. As restantes 3 províncias beneficiaram de apenas um serviço cada.

Ainda na mesma tabela 33, se pode apreciar o plano de expansão desses serviços para todas as províncias do país, em 2004, perfazendo 14 novas Unidades Sanitárias com TARV, o que vai totalizar 24 Unidades Sanitárias com esses serviços no ano em curso.

Contudo, pode-se ver que a cobertura distrital por esses serviços é ainda baixa, principalmente nas províncias do norte do rio Zambeze. Isso é preocupante, tendo em conta o elevado número de seropositivos que se estima que residam nessa região do país, segundo explicado no capítulo referente ao tratamento das infecções oportunistas.

Tabela 33: Serviços de TARV Existentes em 2003 e Previstos para 2004⁴⁷

Província	Distritos Beneficiários até ao fim de 2004		Número de serviços TARV (TARVs)					
			2003			2004		
	n/N	%	TARVs *	Habitantes	TARV/Habit. **	TARVs	Habitantes	TARV/Habit.
Maputo Cidade	2/5	40	3	1,058,833	3	4	1,073,938	4
Maputo Província	1/8	13	1	1,039,321	1	2	1,074,793	2
Gaza	2/12	17	0	1,266,431	0	2	1,333,540	1
Inhambane	2/14	14	0	1,363,596	0	2	1,401,216	1
Sofala	2/13	15	2	1,548,748	1	3	1,582,256	2
Manica	2/10	20	0	1,243,638	0	2	1,280,829	2
Tete	2/13	15	2	1,424,263	1	2	1,461,650	1
Zambézia	3/17	18	1	3,559,923	0	3	3,645,630	1
Nampula	1/21	5	0	3,485,420	0	1	3,563,224	0
Cabo Delgado	1/17	6	0	1,556,788	0	1	1,588,741	1
Niassa	2/16	13	1	941,195	1	2	966,579	2
Total	20/146	14	10	18,521,246	1	24	18,972,396	1

* Unidades Sanitárias com Serviços de TARV

**Unidades Sanitárias com Serviços de TARV por cada 1000.000 Habitantes

O tipo de Unidade sanitária onde o TARV é praticado vai desde os Centros de Saúde até ao nível dos Hospitais Centrais, vide tabela 34, abaixo⁴⁷.

Tabela 34: Serviços de TARV existentes em 2003 e previstos para 2004. Adaptado de⁴⁷

Província	Distrito ou Área de Saúde	Nome da US	US	TARV	
				2003	2004
Maputo Cidade	Mavalane	HCM	HC	X	
		Mavalane	HG		x
		1º de Maio	CS	X	
	Chamanculo	Alto-Maé	CSU	X	
Maputo Província	Matola	Machava	CS II		X
		Matola II	CSU	X	
Gaza	Xai-Xai Cidade	Xai-Xai	HP		X
	Chókwè	Chókwè	HR		X
Inhambane	Inhambane	Inhambane	HP		X
	Maxixe	Chicunque	HR		X
Sofala	Beira	Beira	HP	X	
	Beira	Manga	CS III	X	
	Nhamatanda	Nhamatanda	HR		X
Manica	Chimoio	Chimoio	HP		X
	Bárué	Catandica	HR		X
Tete	Tete cidade	Tete	HP	X	
	Angónia	Angonia	HR	X	
Zambézia	Cidade de Quelimane	HP Quelimane	HP	X	
	Milange	Milange	HR		X
	Mocuba	Mocuba	HR		X
Nampula	Cidade de Nampula	Nampula	HC		X
Niassa	Lichinga Cidade	Lichinga	HP	X	
	Cuamba	Cuamba	HR		X
Cabo Delgado	Pemba Cidade	Pemba	HP		X

Número de Beneficiários de TARV em Moçambique

Conforme se pode ver na tabela 35, até Março do presente ano, apenas cerca de 3000 doentes estavam sob TARV, contra os mais de 200.000 que se estima que necessitarão TARV no presente ano²⁵.

Tabela 35: Número de Beneficiários de TARV em Março de 2004.

Instituição	Pacientes sob TARV em Março de 2004	Previsão de Pacientes sob TARV até Dezembro de 2004
HCM (MISAU)	150	800
Comunidade Santo Egídio	1702	3000
Médicos Sem Fronteiras	1200	1800
H A I (Clinton)	126	1800
Iniciativa do Presidente Bush	-	Por definir
Sector Privado	50	70
Total	3228	7470

H A I (CLINTON)=Health Alliance International (Fundação Clínton)

* Laboratórios: 2 já instalados e um previsto para Maio de 2004 (Santo Egídio); 5 laboratórios adicionais em Dezembro de 2004 (CDC), perfazendo 8 laboratórios até Dezembro de 2004.

De entre os beneficiários, só 150 (~5%), eram financiados pelo estado Moçambicano, através da segurança social¹⁶⁶. Portanto, as ONGs, concretamente a Comunidade Santo Egídio e os Médicos Sem Fronteiras, têm sido de longe os maiores provedores desses serviços na actualidade. A situação actual relativa à disponibilização destes serviços por província, já foi abordada acima no capítulo referente aos Hospitais de Dia.

Percentagem de pessoas com infecção avançada recebendo terapia de ARV durante os últimos 12 meses

Para este indicador do UNGASS, infelizmente, não há informação

A quota mensal por Província e Unidade Sanitária é mostrada na tabela 36. Conforme se pode ver nessa tabela, as quotas mensais estão ainda muito aquém das necessidades em todas as províncias do país.

Tabela 36: Quota Mensal e Anual dos TARVs por Província (~7000 novos pacientes em TARV até Dezembro de 2004)¹⁶⁷

Província	Nome da US	Tipo de US	Novos TARV/Mês	Doentes em TARV até Dezembro 2004
Maputo Cidade	HCM	HC	100	900
	Mavalane e 1º de Maio	HG e CS respectivamente	40	360
	Alto-Maé	CSU	40	360
Maputo Província	Machava	CS II	40	360
	Matola II	CSU		
Gaza	Xai-Xai	HP	20	180
	Chókwè	HR	20	180
Inhambane	Inhambane	HP	40	360
	Chicuque	HR		
Sofala	Beira	HP	100	900
	Manga	CS III		
	Nhamatanda	HR		
Manica	Chimoio	HP	75	675
	Catandica	HR	30	180
Tete	Tete	HP	50	450
	Angonia	HR	30	90
Zambézia	HP Quelimane	HP	40	360
	Milange	HR	30	90
	Mocuba	HR	30	180
Nampula	Nampula	HC	50	450
Niassa	Lichinga	HP	40	360
	Cuamba	HR		
Cabo Delgado	Pemba	HP	30	180

Sistema de Seguimento de Doentes em TARV

O Guião para a Organização e Gestão dos Hospitais de Dia (HD)¹⁶⁵, prevê a administração de um número de identificação único e permanente ao paciente seropositivo que acorra pela primeira vez ao HD. Esse número incluirá a identificação da província e Unidade Sanitária na qual o paciente foi registado pela primeira vez. O próprio MISAU sustenta contudo que o sistema de monitorização de pacientes está ainda por concluir¹⁶⁸. Efectivamente uma das estratégias do PEN ITS HIV SIDA do MISAU⁴⁷, tem como meta, o desenho de um Sistema de Seguimento Individual dos Doentes que seja aplicável a nível nacional, de acordo com as condições vigentes no País.

Suplementos Nutricionais ao TARV

O MISAU⁴⁷ propõem-se atingir 2 grandes objectivos no âmbito da nutrição das PVHS, nomeadamente, garantir o aconselhamento às mães em relação à alimentação da criança de mães seropositivas e uma nutrição adequada aos doentes com SIDA. Contudo, as estratégias escolhidas para alcançar esses objectivos, são todas de carácter informativo, educativo e de advocacia junto às PVHS bem como a entidades como a Acção Social, PMA, MADER, ONGs e Comunidade¹⁶⁵, sem uma intervenção directa do MISAU.

Desafios por vencer na Implementação do TARV

- Coordenação de Actividades entre o MISAU e seus parceiros no TARV;
- Integração dos financiamentos verticais no chamado Fundo Comum – PROSAUDE;
- Treino de Novos Trabalhadores de Saúde bem como reciclagem dos actuais funcionários;
- Criação de um Centro de Referência para o treino em TARV;
- Descentralização do Sistema de Saúde, sobretudo para acelerar a disponibilidade de fundos para os níveis provincial e distrital;
- Reforço do sistema de procura e entrega de Medicamentos Antiretrovirais (MARVs);
- Reforço das medidas de bio-segurança para evitar o contágio nas unidades sanitárias.

Limitantes para a Expansão do TARV em Moçambique¹⁶⁹

- └ Recursos Humanos Formados, incluindo, Médicos, Enfermeiros, Técnicos e Agentes de Laboratório bem como Conselheiros.
- └ Recursos Financeiros
- └ Espaço Físico
- └ Capacidade Laboratorial
- └ Tratamento de Lixo Perigoso

6.5. Confidencialidade nas Unidades Sanitárias

A relação entre o médico e o doente configura um “contrato” que convencionam que o médico aceita, a pedido do doente (ou seus representantes), ministrar-lhe os serviços para que a sua profissão legalmente o habilita. Trata-se portanto de um entendimento bilateral onde estão implícitos os direitos e deveres que assistem ou incumbem a cada uma das partes - de entre os quais o dever da confidencialidade a que o médico se obriga¹⁷⁰.

O doente tem o direito de esperar que toda a informação sobre o seu estado de saúde será mantida em estrita confidencialidade e revelada apenas àqueles que precisam ou que tenham direito legal de ter acesso a essa informação, caso das enfermeiras, ou dos técnicos que o estão a tratar. O diagnóstico e o tratamento médico nunca devem ser revelados a terceiros sem o consentimento do paciente¹⁷¹.

É certo que a manutenção do sigilo não é uma regra absoluta. A lei pode exigir que o médico quebre o sigilo, para protecção de terceiros. Por exemplo, a notificação, às autoridades da saúde pública de pessoas portadoras de infecções específicas, como a tuberculose ou vítimas de maus tratos e de violência doméstica¹⁷². Mas esta é a excepção. A regra é a do sigilo. E é o sigilo que rodeia a informação médica que encoraja o paciente a buscar tratamento para os seus problemas de saúde e a discutir-los com o médico assistente de maneira franca e aberta. Os médicos (e, no geral, os trabalhadores de saúde) devem evitar toda a quebra de sigilo mesmo aquela que é feita inadvertidamente.

Infelizmente a confidencialidade nas unidades sanitárias do país ainda está longe de ser seguida à risca. São inúmeros os relatos da quebra de sigilo pelos profissionais de saúde. Os relatórios das províncias são claros na confirmação deste facto. De Cabo-Delgado, por exemplo, veio-nos o relato de um incidente em que, na suspeita de que um determinado doente sofria de SIDA o clínico inscreveu na história clínica o diagnóstico de “Imunodepressão”, e após a confirmação laboratorial passou a informar, a quem quer que estivesse interessado, que o doente tinha SIDA. O doente acabou por receber alta com a informação de que “a doença não

tem cura”⁵⁵. Aqui não foram respeitados os procedimentos estabelecidos de pré-aconselhamento e pós-aconselhamento.

Também nos GATVs a confidencialidade tem sido quebrada como reporta, por exemplo, a província do Niassa. Segundo o relatório desta província⁵⁶, há indícios de quebra de sigilo e mesmo de discriminação em relação a indivíduos que fazem o teste com resultado positivo.

A província de Sofala também referiu que, de um modo geral, a confidencialidade ainda não é respeitada por parte de alguns técnicos nas Unidades Sanitárias, nos GATVs, PTVs, local de trabalho e até pelas comunidades⁵³.

A falta de confidencialidade torna-se particularmente grave quando se trata dos GATVs¹⁷³.

Embora a quebra do sigilo profissional, não só nos casos de HIV/SIDA mas também em relação às outras doenças seja frequente, importa fazer referência ao caso particular de um dos bancos do país, onde o dever da confidencialidade tem vindo e ser observado de maneira exemplar.

A luta contra o HIV/SIDA foi assumida como parte da política empresarial. A Direcção do banco juntamente com o médico, a enfermeira, e o sector dos Recursos Humanos (Área Social) desenvolveram uma série de actividades com vista a melhorar o conhecimento dos seus trabalhadores em relação à doença e criaram mecanismos eficientes que garantem total confidencialidade em relação a todos os trabalhadores que manifestaram o desejo de saber o seu estado de seropositividade. Posteriormente, caso o trabalhador se revele seropositivo, é-lhe prestada a melhor assistência possível. Só o médico e a enfermeira tem acesso à informação do estado de saúde do trabalhador, cabendo à empresa a responsabilidade de apoiar os mesmos nas despesas relativas aos custos dos testes (100%) e medicamentos (75%)¹⁷⁴.

A adopção desta estratégia surge como forma de protecção dos trabalhadores e suas famílias. É de referir que as mesmas actividades estão sendo realizadas em todas as filiais deste banco nas províncias¹⁷⁴.

6.6. Programas de Assistência Terapêutica aos Trabalhadores das Instituições públicas e privadas

Do conjunto das entrevistas realizadas, ficou claro que a maioria dos sectores e instituições Moçambicanas, não têm ainda estabelecidos, programas específicos de apoio terapêutico ou social aos seus trabalhadores com SIDA. Só 5 ministérios, designadamente, o MADER, o MOPH, o MTC, o MIJUS, o MISAU e algumas instituições, tais como o Banco de Moçambique, TDM, Caminhos de Ferro de Moçambique, Transportes Públicos de Maputo, Escola Náutica e Aeroportos de Moçambique, contam com programas, na sua maioria ainda embrionários, de apoio terapêutico aos seus trabalhadores doentes de SIDA.

Não ficou claro se em todos estes sectores e instituições o apoio terapêutico é extensivo aos familiares directos do trabalhador doente. Tão pouco ficou claro, quais destes sectores prevêm a disponibilização de suplementos nutricionais aos seus respectivos doentes. Tanto quanto nos foi dado a constatar, actualmente, só o Banco de Moçambique, tem um sistema realmente moderno e eficiente, que garante o anonimato e a confidencialidade quase absoluta dos trabalhadores em tratamento. Este é, quanto a nós, um bom exemplo de sucesso nesta área. Trata-se de um esquema que, provavelmente, é pouco oneroso ou com boa relação custo-eficácia, e que deveria ser adoptado pelos vários sectores e instituições da sociedade Moçambicana que contemplem o financiamento do TARV aos seus trabalhadores.

Também a maior parte das grandes empresas privadas instaladas no nosso país e algumas das médias empresas prestam assistência médico-medicamentosa aos seus trabalhadores infectados pelo HIV e, na maioria dos casos, igualmente às suas famílias. Algumas realizaram estudos de seroprevalência anónimos e confidenciais aos seus trabalhadores que aceitaram participar. Àqueles que desejaram saber os resultados dos testes, foi-lhes comunicado e aos seropositivos foi-lhes proporcionado apoio terapêutico, incluindo com MARV. Contudo, como já indicado anteriormente (ver página 66) as pequenas empresas e aquelas que empregam muita mão de obra pouco qualificada, em particular as empresas de segurança, têm dificuldade de poder assegurar este tipo de assistência. De notar também que muitos dos pequenos e médios

empresários não perceberam ainda o possível impacto do HIV na economia e na sustentabilidade das suas empresas.

Breve descrição das actividades por cada um dos sectores e instituições

O MADER dispõe de meios financeiros do Orçamento do Estado (OE) e de doadores para a administração do TARV aos seus trabalhadores. Contudo, poucos trabalhadores têm assumido a sua condição de seropositivos ou doentes de SIDA, facto que leva a uma baixa cobertura dos necessitados. Curiosamente, este Ministério não prevê apoio nutricional aos seus trabalhadores com SIDA.

O MOPH prevê a utilização de fundos do OE para financiar o seu programa de TARV aos funcionários, através dum acordo alcançado com a direcção clínica do Hospital Central do Maputo. Alguns estaleiros já têm acesso aos anti-retrovirais pagos pelo OE.

No MTC este programa está-se a instalar de forma “independente” nas várias instituições a si subordinadas, designadamente, nas TDM, nos Caminhos de Ferro de Moçambique, nos Transportes Públicos de Maputo, na Escola Náutica e nos Aeroportos de Moçambique, as quais contam já com programas concretos de apoio terapêutico aos seus trabalhadores. Não foi possível obter detalhes sobre o funcionamento de tais actividades.

No caso do MJUS, há um acordo com a Comunidade Santo Egígio, que providencia tratamentos anti-retrovirais a presos na cidade do Maputo.

O MISAU, só prevê seguimento e eventual terapêutica aos seus trabalhadores, no caso de acidentes de trabalho dos quais resulte a infecção destes pelo HIV⁴³.

6.7. Actuação das ONG's na área Terapêutica

Como nos indica a tabela 37, na sua base de dados (CRIS)¹⁵⁶, o CNCS tem registadas 330 ONGs que actuam na área da terapêutica. Apesar deste número, a verdade é que esta continua a ser a área de actuação mais fragilizada, por ser aquela em que são necessários maiores

Tabela 37: ONG's registadas no CRIS como actuando na área Terapêutica

Província	Número Organizações
Cabo Delgado	25
Cidade de Maputo	5
Gaza	14
Inhambane	63
Manica	45
Maputo	6
Nampula	53
Niassa	23
Sofala	56
Tete	22
Zambézia	18
TOTAL	330

fundos e mais conhecimentos. Já anteriormente vimos como os dados do registo de ONGs no CRIS são pouco fiáveis (ver páginas 67 e 68).

As províncias de Inhambane, Sofala e Nampula são as que mais ONGs registadas nesta área. Pelo contrário, mais uma vez Maputo e Maputo Cidade aparecem como sendo aquelas onde menos organizações há.

Tendo por base os dados recolhidos junto da MONASO, podemos perceber que a quase totalidade destas organizações se dedica aos cuidados domiciliários. Apenas um número insignificante oferece actualmente TARV (Ver página 77).

O caso mais evidente é o da Província de Nampula onde o TARV ainda não está disponível, mas onde 53 ONGs estão registadas no CRIS como exercendo actividades terapêuticas⁵⁷. Isto

vem confirmar que a maioria se dedica aos cuidados domiciliários, que muitas vezes não incluem sequer o tratamento de infecções oportunistas.

7. Mitigação das Consequências ao nível individual e familiar:

7.1. Dimensão económica do HIV/SIDA ao nível das famílias

A análise das consequências do HIV/SIDA ao nível das famílias deve identificar a maneira como a epidemia afecta a prossecução do bem estar dos seus membros, o seu tamanho e composição, a posse e a partilha de recursos, e o acesso a formas alternativas de realizar isto tudo.

A existência de um seropositivo ou doente de SIDA na família exige a alteração do padrão de preferências de despesas e consumo no agregado familiar (as exigências nutricionais e medicamentosas têm que mudar) e isso pode gerar tensões à volta do reajustamento necessário requerido.

A morte de um dos membros da família, particularmente se se trata do pai, da mãe, ou do chefe do agregado familiar, pode alterar as linhas de autoridade e a estabilidade moral da família, podendo provocar sua desintegração total.

Efeitos sobre as fontes de rendimento, posse e partilha de recursos

Perder esposo, esposa, filho ou filha é perder uma das fontes de rendimento, amor e conforto para os restantes membros da família. A maneira como a família se ajusta a esta realidade tem necessariamente implicações para o bem estar dos membros sobreviventes

Esta consequência é algumas vezes agravada pelas tradições que fazem com que as viúvas percam os direitos aos recursos da família

O órfãos ficam vulneráveis, tendem a perder o acesso á fruição dos recursos da família.

Efeitos sobre as possibilidades de escolha

A vulnerabilidade e as carências limitam as possibilidades de escolhas no seio das famílias. Os órfãos não podem escolher ir ou não ir à escola se não têm ninguém que os possa enviar.

Esta consequência é agravada pela muito limitada capacidade do Estado de oferecer a assistência social aos grupos socialmente vulneráveis.

7.2. Situação nutricional dos doentes e suas famílias

Como já foi visto anteriormente, a pandemia do HIV/SIDA atinge grandes proporções nos países onde reina a pobreza, pois as pessoas, a um nível de pobreza absoluta, podem ser forçadas (mulheres e mesmo homens) a prostituírem-se (factor de risco) para se alimentarem a eles e às suas famílias¹⁷⁵.

A própria doença é bastante debilitante e os doentes, cedo, no processo de evolução da doença, perdem a capacidade de trabalho e a força produtiva, o que complica a situação económica dos lares e consequentemente a situação nutricional. Quando o doente é o único provedor de sustento do agregado familiar a situação complica-se.

Nos casos de produtores agrários do sector familiar e das pessoas auto-empregues, a redução da capacidade produtiva tem consequências imediatas nefastas no rendimento da família e na capacidade de produzir ou de adquirir alimentos. No caso de empregados por conta de outrem o risco de desemprego é grande, o que agrava a situação nutricional do lar. Mesmo os proprietários e gestores privados podem vir a ter dificuldades na condução dos seus negócios. Todas estas condições levam a agravação da situação nutricional de todo o agregado familiar. A crescer que a doença pode dar origem a maiores despesas, na aquisição de medicamentos, de alimentos que habitualmente não são consumidos, no pagamento de despesas de Saúde etc.. Os pobres ainda ficam mais pobres e com maior vulnerabilidade nutricional.

Os agregados familiares nestas situações requerem apoio em suplementos alimentares e suplementos nutricionais, para os próprios doentes e seus familiares.

As próprias pessoas infectadas pelo HIV, sem sinais de doença, têm necessidades nutricionais acrescidas e de natureza específica^{176, 177, 178, 179 e 180}. Essas necessidades podem variar de acordo com as fases de progressão da infecção^{178 e 180}. Isto é particularmente verdade para aqueles que estão sobre terapêutica com antiretrovirais^{177, 178, e 180}. É necessário também sublinhar que, certos nutrientes podem influenciar, num ou noutro sentido, a acção dos antiretrovirais ou provocarem efeitos secundários indesejados, quer por interferirem com a sua absorção, quer por interferirem na sua farmacocinética (metabolismo e excreção)^{177 e 178}. Quando se não têm em conta as possíveis interacções entre os antiretrovirais e os diversos nutrientes, pode resultar que os doentes não cumpram as instruções terapêuticas¹⁷⁷. A interacção entre nutrientes e antiretrovirais pode igualmente estar condicionada e ser minimizada pelos horários de administração de uns e outros¹⁷⁷.

É hoje facto adquirido de que os portadores de HIV necessitam, diariamente, de cerca de 10 a 15% mais calorias^{177, 178, 179, 181 e 182} que as pessoas saudáveis. Isto na prática significa que as necessidades adicionais são de cerca de 300 a 400 Kcal¹⁸². As necessidades calóricas poderiam atingir 20 a 30% nas pessoas já com manifestações de doença^{177, 178, 179 e 180}, mais 30 a 50%, em caso de infecções oportunistas¹⁸². A terapêutica com antiretrovirais poderia exagerar ainda mais estas necessidades¹⁸². É frequente que pessoas nesta terapêutica se queixem de fome e que tenham dificuldades económicas para adquirirem os alimentos de que precisam^{177, 183 e 184}. Por outro lado, todos os portadores de HIV necessitam de uma dieta equilibrada e rica em micronutrientes (Vitaminas e Minerais)^{175, 176, 178, 179, 181 e 182}. Alguns autores sugerem que as necessidades de proteínas estariam também aumentadas de 50 a 100%^{177 e 182}, mas as últimas conclusões da OMS é de não há evidência nesse sentido^{178, 179 e 180}. Também não existe evidência de que as necessidades de lípidos estejam aumentadas^{178 e 179}.

Num documento recente emitido conjuntamente pela OMS e FAO¹⁷⁵, afirma-se que «a comida não é uma arma mágica. Ela não impede as pessoas de morrer de SIDA, mas pode ajudá-las a viver mais tempo, mais confortavelmente e com uma vida mais produtiva».

Os efeitos de do HIV na nutrição começa muito cedo no curso da doença, mesmo antes que os indivíduos se apercebam que estão infectados pelo vírus¹⁷⁵.

No que respeita aos micronutrientes, é referido na literatura que, a sua carência levaria a uma mais rápida progressão dos infectados pelo HIV para a fase sintomática da doença (SIDA) e que aceleraria a evolução dos doentes para a morte¹⁷⁹.

A deficiência de micronutrientes nos portadores de HIV conduzindo a necessidades acrescidas seria devida à redução de ingestão de comida por falta de apetite, a má absorção intestinal pelo trânsito intestinal acelerado, a modificações metabólicas devidas à infecção, a alterações hormonais, a modificação da produção de citokina, a um aumento do stress oxidativo com capacidade anti-oxidativa do organismo reduzida e a perdas urinárias acrescidas (esta última para as Vitaminas A e E)¹⁸².

Parece certo que as necessidades de Selénio, Vitamina A, Vitamina B12, Vitamina E e Vitamina C estejam acrescidas^{176, 181 e 182}. Mas há indicações de que poderia haver necessidades acrescidas também de Vitaminas B1, B2 e B6^{181 e 182}, Ácido fólico, Cálcio, Iodo, Ferro e Magnésio¹⁸¹. A esmagadora maioria dos estudos disponíveis sobre esta matéria foram feitos em países industrializados desenvolvidos¹⁷⁷ e muito resta ainda a investigar nos países do Terceiro Mundo^{177, 178 e 179}, como Moçambique, onde uma esmagadora maioria da população vive abaixo do limiar da pobreza e mesmo da pobreza absoluta. Está contudo internacionalmente aceite que, nos países do Terceiro Mundo, onde há carências gravíssimas de micronutrientes, é absolutamente indispensável corrigir essas deficiências nas pessoas portadoras de HIV, quer elas estejam ou não em terapêutica antiretroviral. No que respeita ao Zinco as opiniões divergem, pois alguns afirmam haver necessidades acrescidas^{176, 181 e 182}, mas a OMS considera que o excesso de Zinco, assim como de Ferro e Vitamina A, pode ser prejudicial^{178 e 179}. Contudo a OMS recomenda que, nos países do Terceiro Mundo, os programas de suplementação com Vitamina A e com sulfato ferroso de mulheres grávidas e que amamentam e de crianças devem ser prosseguidos^{178 e 179}.

7.3. Esquemas de apoio alimentar e nutricional aos infectados e afectados pelo HIV

Como é facilmente compreensível a capacidade do país de prestar apoio alimentar e nutricional aos infectados e afectados pelo HIV é muito baixa.

Existem alguns esquemas deste tipo de apoio sobretudo pelas ONGs e organizações religiosas, mas igualmente pelo MIMCAS com a colaboração do PMA.

O programa de apoio alimentar e nutricional do PMA é multifacetado abrangendo várias componentes, uma das quais compreende o fornecimento de suplementos alimentares e nutricionais a doentes crónicos, em particular, doentes de SIDA que têm dificuldade de prover às suas próprias necessidades alimentares e nutricionais e às das suas famílias. Os suplementos

alimentares são constituídos por um cabaz mensal de 63Kg de produtos alimentares (milho ou arroz, óleo e feijão) para famílias de 5 pessoas. Os suplementos nutricionais correspondem a CSB (farinha de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais). Esta componente é implementada nas Províncias de Sofala, Manica, Tete, Maputo, Gaza e na Cidade de Maputo. Esta componente é implementada em colaboração com o MIMCAS (Direcção Nacional da Mulher -- DNM) e o MISAU. O MIMCAS identifica agentes implementadores em cada província (em geral ONGs ou instituições religiosas), com capacidade para organizar toda a logística de distribuição produtos utilizando activistas de cuidados domiciliários a estes doentes. Como estímulo pelo seu trabalho, estes activistas também recebem rações alimentares¹⁸⁵, mas em quantidades inferiores¹⁸⁶.

O PMA também tem uma componente de suplementos alimentares e nutricionais a mulheres grávidas e que amamentam e que se encontram em dificuldades. Esta componente tem a potencialidade de apoiar mulheres grávidas portadoras de HIV. Consiste na distribuição de rações alimentares idênticas às da componente anterior, mas em quantidades diferentes e sem CSB, mas com adição de açúcar¹⁸⁶. Esta componente também é implementada em colaboração com o MIMCAS.

Não foi possível obter do PMA os custos estimados destas 2 componentes, para os próximos anos. Em todas estas componentes com apoio externo o Governo moçambicano deve contribuir com uma percentagem (10 a 20%) de fundos próprios como contraparte nacional ao apoio externo.

O Banco Mundial também tem um programa de apoio ao combate contra o HIV/SIDA¹⁸⁷. Este programa está numa fase inicial de implementação. No quadro deste programa admite-se a hipótese de poder financiar suplementos alimentares a portadores do vírus HIV, a seus familiares ou a órfãos pelo SIDA. Ainda não foram orçamentados montantes específicos para estes fins.

Outras agências de cooperação têm prestado atenção ao apoio alimentar e nutricional às pessoas infectadas pelo HIV e suas famílias. A Agência Canadense de Cooperação através do programa SAT¹⁸⁸, a DANIDA¹⁸⁹ e UNICEF também financiam ONGs e Organizações Comunitárias para que estas realizem este tipo de apoio. Nalguns casos o apoio às famílias é feito no sentido de apoiarem órfãos. A FAO¹⁹⁰ tem um programa de melhoria da nutrição e da segurança alimentar dos agregados familiares na Província de Manica que se iniciou em 2002 e que terminará em 2006.

7.4. Agregados familiares chefiados por crianças e/ou idosos

Como o HIV/SIDA atinge as pessoas em idade sexual e economicamente activa, muitas das quais provedoras do sustento das suas famílias, as mortes de pais, fenómeno que se vem registando em proporções crescentes, dão lugar ao surgimento de grandes contingentes de crianças órfãs e ao fenómeno de famílias chefiadas por crianças e idosos.

Informações disponibilizadas pelos NPC's fazem referência a esta realidade. Contudo, ainda não existem estudos ou levantamento que nos permitam obter informação quantificada sobre este fenómeno.

Na província de Nampula⁵⁷ há indicação da existência de pelo menos 9 associações que se ocupam da assistência a crianças órfãs. Em algumas províncias, como a de Cabo Delgado⁵⁵, estão muito difundidas formas de apoio ligadas à sociedade tradicional que, deverão ser consideradas na discussão das estratégias de mitigação das consequências da doença.

7.5. Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs)

A situação dos órfãos em Moçambique é extremamente preocupante. Factores como pobreza, difícil acesso à Educação e à Saúde, abuso e violação dos seus direitos básicos caracterizam a situação dos órfãos no País. O UNICEF define como órfãos de SIDA, crianças de menos de 15 anos, que perderam o pai ou a mãe, ou ambos por morte causada pelo HIV/SIDA.

A epidemia do HIV/ SIDA tem sido a grande causadora do aumento do número de órfãos maternos e paternos, aumentando a vulnerabilidade das crianças, pelo impacto negativo que provoca na vida da família, em termos psicológicos, materiais e humanos.

Estudo realizado pelo UNICEF, nas Províncias de Maputo, Gaza, Inhambane, Manica, Sofala e Tete indica que em cada três crianças, uma sofre de malnutrição crónica. Segundo a pesquisa as taxas de prevalência de malnutrição crónica tendem a aumentar com a idade, especialmente a partir do grupo etário dos 6 -11 meses de idade¹⁹¹.

De acordo com dados fornecidos pela última avaliação de vulnerabilidade do UNICEF, os órfãos maternos tem 50% de maior probabilidade de sofrerem de malnutrição crónica do que as outras crianças não órfãs, nos distritos afectados pela seca e pela epidemia de SIDA¹⁹².

Segundo um estudo realizado sobre o "Impacto Social e Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique", em 2004 existiam no País cerca de 483,960 órfãos maternos dos quais 298,099 (62%) foram devido ao SIDA²⁵. A tendência é de o número de órfãos aumentar, uma vez que grande parte da população seropositiva do País ainda não apresenta sintomas da doença. Espera-se que no ano, 2010, cerca de 500 mil órfãos maternos seja, resultarão do SIDA.

É necessário sublinhar que os órfãos de SIDA não são necessariamente portadores do vírus do HIV, pois estes podem ter nascido antes da mãe ficar infectada, podem ter nascido de mães seropositivas que fizeram tratamento de prevenção contra a transmissão vertical - ou podem ser parte dos casos em que, mesmo sem tratamento não ocorre a transmissão vertical do HIV (mais de 60% de acordo com estatísticas internacionais).

O aumento do número de órfãos representa um desafio para as famílias e comunidades, num País como Moçambique, em que não existe um sistema adequado de segurança social. Um estudo realizado ao longo do corredor de desenvolvimento da Beira, indica que cerca de 45% das pessoas responsáveis pelas crianças órfãs são avós¹⁹³. Compreende-se assim a situação de extrema dificuldade em que vive a maior parte dos órfãos. Quando se trate de órfãos de SIDA o cenário agrava-se devido ao estigma associado à doença. Os órfãos de SIDA, infectados ou não pelo vírus, têm tendência para ser discriminados, pela família, vizinhos e pelos colegas de escola¹⁹⁴.

Apesar de ser um fenómeno ainda pouco estudado, existe referência a situações em que, na ausência de mecanismos de solidariedade* e redes de apoio aos órfãos, crianças entregues a si próprias, em lares chefiados pela criança mais velha.

Inquérito sobre crianças órfãs e sua situação nas comunidades¹⁹⁵, realizado pelo MMCAS e a ONG "Terre Des Hommes-Moçambique", no âmbito do "projecto de assistência sustentável baseada na comunidade para a criança em situação difícil" indica que foram encontradas 2 famílias chefiadas por crianças. Segundo dados da DPMCAS-Sofala, de uma população de 1.289.390, 3.64% são órfãos, isto é, cerca de 46.933 crianças, das quais 430 vivem em famílias chefiadas por crianças¹⁹⁶.

Por outro lado, na ausência de mecanismos de apoio o risco é elevado de estas crianças envolver-se em prostituição ou de se tornarem delinquentes ou «crianças da rua».

Estudos mostram que o sofrimento das crianças órfãs de SIDA começa muito antes de os pais falecerem. As dificuldades económicas que as famílias enfrentam são agravadas no contexto do SIDA. Recursos escassos são canalizados de outras áreas da vida da família, para custear despesas com cuidados médicos, medicamentos e alimentação da pessoa doente, agravando a pobreza e vulnerabilidade económica das famílias^{194 e 197}.

Na maior parte dos casos, quem adoece é o único provedor de recursos para a família, que à medida que o seu estado de saúde se vai degradando, começa a ter dificuldades em trabalhar.

* Segundo a lei costumeira, em algumas regiões do País após a morte do homem da casa, a viúva deve casar-se com o irmão do falecido. Esta prática asseguraria que a viúva não ficasse sem marido, continuando a ter alguém que cuidasse dela e de seus filhos. Segundo costumes locais, a criança passaria automaticamente a ter um pai, (o tio biológico) que já era, mesmo antes da morte do pai, tratado ele próprio como pai. Ver: Handicap International: 2002.

Por outro lado, as pessoas seropositivas acabam por perder o emprego, devido às faltas por doença ou até mesmo devido ao estigma e discriminação associados à doença.

Diante das condições apresentadas, as crianças acabam por ter de prover ao seu próprio sustento o que também as leva a desistir da escola, quer por falta de tempo, quer por falta de recursos para pagar as despesas escolares.

Está instituído no país um sistema de apoio a crianças órfãs e vulneráveis em que mediante a apresentação de um documento, denominado atestado de pobreza, crianças de famílias com dificuldades financeiras têm acesso a educação e cuidados de saúde gratuitos. Passa-se que poucas pessoas têm conhecimento da possibilidade deste apoio. E, das que possuem a informação, são poucas as que reúnem as condições necessárias para dele beneficiarem. Segundo informação fornecida por funcionários de Direcção Provincial do Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social, durante Fórum de Consulta com as Províncias*, as famílias têm grandes dificuldades em adquirir o atestado de pobreza, dada a complexidade do processo burocrático. O principal problema reside no facto de um dos requisitos ser a apresentação do boletim de nascimento da criança. Ora sabe-se que por razões várias, grande parte das crianças moçambicanas não são registradas à nascença.

As crianças moçambicanas participam na distribuição de tarefas domésticas, como cuidar de irmãos mais novos e ajudar na produção. Quando existe alguém doente, em casa, a criança tem de ajudar a cuidar deste familiar, cozinhando, alimentando-o, lavando-o, vestindo-o, etc.. É a forma de libertar os mais velhos para as ocupações ligadas à sobrevivência económica do agregado familiar. Existe referência de casos em que, quando o pai ou mãe estavam de baixa no hospital, era a criança quem dormia lá, com o doente.

É importante fazer referência ao facto de que o impacto do HIV sobre as crianças é desigual. Devido à divisão sexual do trabalho, as raparigas tendem a ficar ainda mais sobrecarregadas, pois a responsabilidade de cozinhar, alimentar e cuidar da pessoa doente recai sobre ela. Por outro lado, à medida que os recursos da família vão sendo realocados, a educação da rapariga é prejudicada, no sentido em que, se a família precisar reduzir as despesas com a educação, optar-se-á por tirar a rapariga da escola (ver atrás página 54).

Para além do impacto do SIDA sobre os órfãos, em termos materiais e financeiros, é importante também analisar os seus efeitos psicológicos e emocionais. Como se sente a criança, ao ver os seus pais adoecerem e assim permanecerem por longos períodos de tempo, acabando finalmente por morrer? Qual é o impacto do estigma e discriminação associados ao HIV/SIDA, na vida de uma criança, que ouve comentários preconceituosos acerca de seus pais, porque morreram de uma doença sexualmente transmissível? Como se sente em relação aos amigos, vizinhos e colegas, que a rejeitam, recusando-se a brincar com ela?

Em estudo realizado, pela Save the Children-Norway¹⁹⁴, sobre cuidados domiciliários às pessoas infectadas e afectadas pelo SIDA, as crianças entrevistadas expressaram grande preocupação pelo estado de saúde de seus pais, acompanhada de apreensão e insegurança acerca do seu futuro. Outras ainda afirmaram serem discriminadas por vizinhos e colegas de escola. Segundo uma das crianças entrevistadas, no referido estudo “as pessoas detestam” doentes crónicos e por isso afastam-se delas.

Desgaste emocional e psicológico causado pela doença prolongada de seus pais o trauma de terem de lidar com a morte, a ausência de orientação e acompanhamento por parte de adultos a insegurança segurança, caracterizam a vida de muitas crianças moçambicanas.

O estigma e a discriminação associados ao SIDA dificultam o processo de reintegração destas crianças em famílias adoptivas. Existe uma certa relutância em assumir responsabilidade por uma criança doente, devido a factores como medo e ignorância acerca dos mecanismos de transmissão da doença, receio pelos encargos financeiros.

Se tradicionalmente existem mecanismos sociais que no caso da morte dos pais, assumem eventualmente a responsabilidade dos órfãos, com o SIDA tal é menos provável de acontecer.

* Fórum de Concertação com as Províncias, realizado nos dias 25-26 de Maio de 2004, no Hotel Tivoli, no âmbito da elaboração da Componente Estratégica do Plano Nacional de Combate ao HIV/SIDA.

Pelo contrário, há referência de casos em que não é reconhecido à criança o direito aos bens deixados pelos pais, sendo a terra, o gado e outros recursos distribuídos por outros familiares do defunto. Contudo, tal não é exclusivo dos órfãos de SIDA, pois que se trata de uma prática que resulta da falta de reconhecimento dos direitos da criança e da ausência de instrumentos legais que os assegurem e protejam.

A análise da questão dos órfãos de SIDA, para efeitos de planificação e estratégia, precisa distinguir entre esta categoria particular de órfãos daqueles em que os pais morreram por outras causas. Apesar de os dois grupos partilharem problemas comuns os órfãos de SIDA encontram-se numa posição bastante mais vulnerável requerendo maior acompanhamento médicos e apoio.

Contudo as actuações devem ser cautelosas no sentido de evitar a construção de estereótipos e estigmatização destas crianças assim como a tendência para se tratar a questão dos órfãos como se fosse um problema exclusivo ao Sida, pois desde sempre existiram no país órfãos por outras causas.

A legislação moçambicana prevê a protecção das crianças e o respeito pelos seus direitos, contudo existe um fosso entre a teoria e a prática. Apesar da lei prever assistência social as crianças órfãos e vulneráveis, na realidade a maior parte das crianças não é abrangida pelo sistema nacional de segurança social e nem tem acesso a serviços sociais básicos como educação e saúde. Por outro lado, segundo relatório apresentado pela Community Law Centre, da University of Western Cape¹⁹⁸ uma das principais lacunas da legislação moçambicana referente à crianças é o facto de a lei definir direitos sem especificar responsabilidades do estado em assegurar que estes sejam respeitados.

Não existe ainda legislação específica sobre as crianças órfãs e vulneráveis ou sobre HIV/SIDA e as crianças. (Note-se, contudo, que o sistema legal de assistência e protecção à criança encontra-se actualmente em revisão)¹⁹⁸.

Em seguimento das directrizes emanadas da Conferência Regional da África Ocidental e Austral sobre crianças órfãs e vulneráveis pelo HIV, realizada no ano 2000, em Windhoek, o Ministério da Mulher e Coordenação de Acção Social – MMCAS criou o Núcleo Multisectorial de Coordenação para Órfãos e Outras Crianças Vulneráveis. Seguiu-se a elaboração do primeiro plano sectorial do HIV/SIDA para as COVs, 2000-2002. Está em curso o segundo plano sectorial que tem como horizonte temporal 2003-2004. A principal meta deste plano é reduzir o impacto do HIV/SIDA nos órfãos e crianças vulneráveis e aumentar o acesso aos serviços básicos.

No quadro da resposta a problemática dos órfãos, o MMCAS desenhou também um projecto de assistência sustentável baseada na comunidade, que já está em fase de implementação. Existem ainda acções voltadas para o registo civil das crianças órfãs, para o apoio em alimentação e vestuário, para o apoio jurídico, para a localização de familiares das crianças abandonadas, e para a integração das crianças vulneráveis em orfanatos. O MMCAS trabalha com o apoio técnico de organizações como o UNICEF e o Programa Mundial de Alimentação – PMA.

Diversas organizações não governamentais nacionais e estrangeiras, organizações comunitárias e religiosas têm vindo a desenvolver acções dirigidas aos órfãos e crianças vulneráveis. A Save the Children, através de três organizações irmãs a operar em Moçambique, nomeadamente, Save the Children Norway, UK and US, está a trabalhar no fortalecimento das iniciativas comunitárias de apoio as COVs, no contexto do HIV/SIDA. As acções da Save the Children cobrem 5 províncias, Gaza, Manica, Zambézia e Nampula.

A SC-UK, aposta na mitigação do impacto do HIV/SIDA na vida das COVs através da criação de comités de COVs cujo principal objectivo é a identificação e resposta as necessidades das mesmas, através de cuidados ao domicílio (com a parceria da CVM). A SC US, em colaboração com a DPMCAS, a Direcção Provincial dos Registos e Notariado e os Comités comunitários têm trabalhado no registo de nascimento de crianças. A SC Norway tem prestado apoio às COVs, em material escolar, reabilitação / construção de casas, documentos de identificação civil e apoio psicossocial.

Para além das organizações acima referidas há diversas outras organizações nacionais e estrangeiras, organizações religiosas e comunitárias a desenvolver programas de apoio á crianças órfãs e vulneráveis. A CARE, através de programas já existentes de prevenção e mitigação das consequências do HIV/SIDA, assim como projectos de desenvolvimento, tem incorporado acções específicas de apoio as COVs.

As organizações religiosas tem desempenhado um papel pioneiro no apoio as crianças órfãs e vulneráveis. Estudo¹⁹⁹ indica que as organizações religiosas começaram a trabalhar com este grupo muito antes da epidemia do HIV/SIDA; a maior parte das acções surgiu como resposta à guerra e aos desastres naturais. A mesma pesquisa indica que cerca de 17, 428 COVs foram atendidas no quadro das actividades de 121 organizações religiosas.

Da análise da resposta nacional aos órfãos ressaltam os seguintes constrangimentos: indefinição sobre a magnitude do problema e a localização dos órfãos; falta de conhecimento sobre os sistemas de suporte e apoio informais existentes na comunidade, assim como acerca do papel do Estado na redução da vulnerabilidade dos órfãos; insuficiência de recursos humanos, financeiros e materiais; fraca capacidade e deficiente coordenação entre as instituições públicas, as ONGs e a comunidade na prestação de serviços aos COVs.

Não foi possível determinar os montantes envolvidos nestas actividades de apoio a COVs, nem as fontes de financiamento.

7.6. Tradições comunitárias de apoio a famílias e indivíduos,

O facto de a epidemia do HIV/SIDA ocorrer num contexto de extrema pobreza, onde muitos agregados familiares têm dificuldades de prover ao sustento diário aos seus membros, tem dificultado muito a manutenção das formas comunitárias tradicionais de apoio. Por outro lado, dado, o secretismo que envolve as pessoas infectadas por medo de estigma, limita ou impede o desenvolvimento das acções comunitárias de apoio.

No entanto, o apoio vindo de algumas instituições vocacionadas é sobretudo fornecido pelas confissões religiosas e algumas outras organizações da sociedade civil que prestam algum apoio ao domicílio aos pacientes do HIV/SIDA.

Em algumas províncias ainda existe o sentido de solidariedade comunitária como Niassa⁵⁶, embora em outras, devido ao elevado grau de pobreza, esteja fragilizado.

7.7. Visitas domiciliárias para apoio moral, social e psicológico

Algumas associações ligadas a práticas religiosas tradicionais (religião animista) têm realizado cuidados domiciliários e acções de apoio social a famílias afectadas. Na província de Manica¹⁴⁶, a associação Kubatsirana e Kuzwipira têm vindo a levar a cabo acções de apoio e conforto espiritual às pessoas infectadas ou afectadas. A província de Niassa⁵⁶ faz referência a apoios prestados por familiares e amigos. Acções idênticas, na sua maioria realizadas por organizações da Sociedade Civil, são reportadas noutras províncias.

Devido a preponderância e importância destas organizações, a futura estratégia deverá encorajar e apoiar acções similares, multiplicando-as pelos locais onde se justifique.

Não foi possível determinar os montantes envolvidos nestas actividades nem as fontes de financiamento.

7.8. Actuação das Organizações da Sociedade Civil na área da Mitigação das Consequências

Encontram-se registadas no CRIS¹⁵⁶ do CNCS 523 ONGs e outras organizações a operar nesta área, que se dividem entre o Apoio e Atendimento Comunitário e a Redução do Impacto Económico e Social.

No que toca à sua distribuição geográfica, estas organizações encontram-se a funcionar, na sua maioria, nas províncias de Nampula, Sofala e Inhambane. As províncias em que há menos organizações a funcionar são, nomeadamente, Maputo Cidade e Cabo Delgado.

Tendo por base os dados recolhidos junto da MONASO, podemos perceber que se dividem em número igual aquelas que se dedicam à assistência domiciliária; ao alívio da pobreza, com

programas de emergência, como o apoio nutricional e, finalmente, a programas de geração de riqueza.

Tabela 38: ONG's registadas no CRIS como actuando na área da Mitigação

Província	Apoio e Atendimento Comunitário	Redução do Impacto Económico Social
Cabo Delgado	14	0
Cidade de Maputo	9	1
Gaza	16	3
Inhambane	80	15
Manica	46	9
Maputo	11	4
Nampula	91	21
Niassa	16	4
Sofala	95	18
Tete	29	5
Zambézia	29	7
TOTAL	436	87

Relativamente aos grupos alvo, também segundo a base de dados da MONASO, a maior atenção é direccionada para os órfãos e as famílias afectadas pelo HIV/SIDA. Ainda não são representativos os programas que se centram nas PVHS enquanto alvo de cuidados pessoais. Contudo, no seio das organizações que trabalham nesta área, há já uma consciência geral de que o «estigma é uma realidade. Todos os seropositivos são temidos, alegadamente porque a doença é altamente transmissível e por se considerar que as pessoas são contaminadas porque tiveram um mau comportamento sexual. Como consequência desta tremenda discriminação assiste-se a uma frequente violação dos direitos humanos...»⁵⁷ o que tem levado a uma crescente preocupação e à realização de campanhas direccionadas para atenuar esta discriminação em grande parte consequência da ignorância.

Através desta análise, foi ainda possível perceber que, sobretudo ao nível local, as Organizações Comunitárias de Base começam a desenhar projectos para lidar com um problema específico e, muitas vezes, momentâneo, no âmbito da mitigação das consequências. Alguns exemplos surgem-nos de grupos que se formam apenas para arranjar uma casa para um órfão de pais recém falecidos, ou para uma mulher que tenha perdido o seu marido e com ele a forma de sustento.

Não foi possível determinar os montantes envolvidos nestas actividades de mitigação, nem as fontes de financiamento.

8. Indicadores de Impacto global:

8.1. Impacto Demográfico:

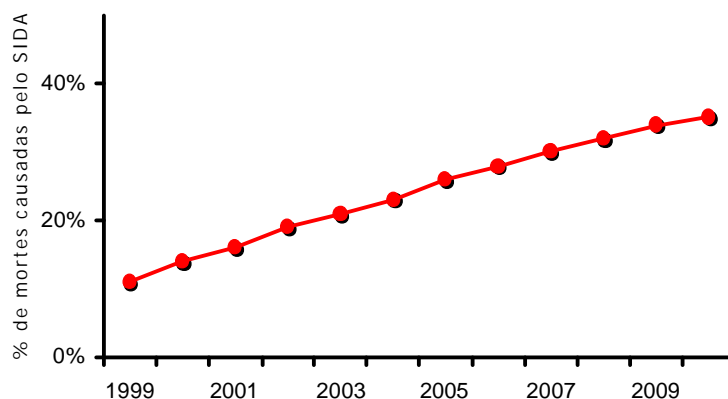
O número de novos casos de HIV/SIDA, bem como a mortalidade por SIDA, já foram abordados no capítulo referente aos indicadores de medida da doença, acima. Contudo pode-se apreciar no gráfico²⁵ da figura 15, na página seguinte, a evolução da contribuição do SIDA na mortalidade geral dos Moçambicanos (os dados são equivalentes à evolução da taxa de mortalidade proporcional²⁰⁰ descrita no capítulo atrás mencionado).

Até ao momento, devido à ineficácia das estratégias de controlo do HIV/SIDA que vinham sendo implementadas e para fins de advocacia, as nossas projecções apenas vêm mostrando a situação prevalecente comparada àquela que seria de esperar na ausência dessa epidemia. Doravante, caso as novas estratégias preconizadas tanto pelo plano estratégico de combate ao HIV/SIDA do Sector de Saúde⁴⁷, como no presente Plano, sejam devidamente implementadas, será possível produzir outras projecções também baseadas na realidade do momento, as quais nos irão permitir monitorizar a eficácia das estratégias que estarão em curso.

Como consequência da elevada mortalidade que o SIDA tem vindo a infligir na nossa população, já se tem estado a observar uma redução da longevidade da população. O gráfico²⁵ da figura 15, mostra a evolução da esperança de vida ao nascer em Moçambique, ou seja, o número médio de anos que uma pessoa poderá, em média, viver.

Num cenário de ausência do SIDA, estima-se que a esperança de vida ao nascer passaria²⁷ de aproximadamente 44 anos em 1999 para cerca de 50 anos em 2010.

**Figura 15 : Percentagem de óbitos devido ao SIDA
1999-2010**

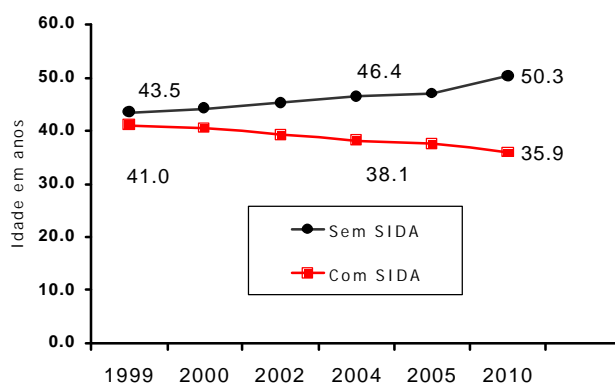


Fonte: Extraído de¹

Todavia, se considerarmos os efeitos da epidemia a longevidade dos moçambicanos poderá ser menor no futuro. Para o ano 2010 prevê-se que esse défice suba para mais de 14 anos, caso não haja intervenções eficazes²⁵.

A elevada mortalidade por SIDA, em Moçambique como na maioria dos países da África Sub-Sahariana, está a mudar a estrutura populacional dos países mais afectados, de tal modo que, em vez de uma "Pirâmide Populacional" na qual ocorre uma redução gradual da população nas idades maiores, se está a constituir a chamada "população chaminé", que se manifesta por um súbito decréscimo em número de adultos maiores de 30 anos de idade. Este facto tem, efeitos negativos no desenvolvimento sócio-económico dos países, em particular dos mais afectados²⁵.

**Figura 16 : Esperança de Vida
ao Nascer 1999-2010**



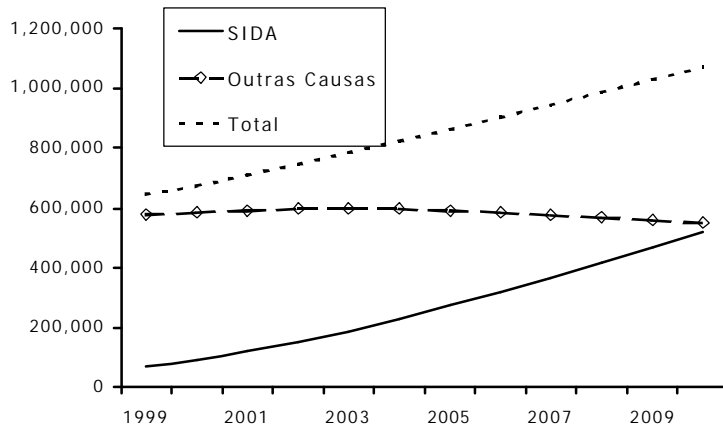
Fonte: Adaptado de¹

Órfãos de SIDA

O País vem há vários anos enfrentado a problemática de órfãos, primeiro foram os órfãos de guerra e actualmente os órfãos de SIDA O gráfico²⁵ da Figura 17, abaixo, refere-se às crianças

de 0 -17 anos de idade, cujas mães morreram de SIDA. Anualmente entram novos órfãos de mães recentemente falecidas, adicionando-se aos órfãos dos anos anteriores que ainda não completaram os 18 anos de idade e saem os órfãos dos anos anteriores por morte ou por terem completados os 18 anos de idade.

Figura 17 : Órfãos Maternos (0-17 anos), 1999-2010



Fonte: Adaptado de¹

Uma comparação das tendências de orfandade entre os órfãos cujas mães morreram de SIDA com aqueles cujas mães morreram por outras causas, revela uma marcada diferença na evolução ao longo do tempo. Os órfãos maternos do SIDA tendem a aumentar enquanto que os órfãos cujas mães morrem por outras causas tendem a reduzir ligeiramente. No final deste ano, 2004, espera-se que cerca de 230 mil órfãos maternos (cerca de 28% do total dos órfãos maternos do país) sejam resultado do SIDA.

Ao longo do tempo, a proporção dos órfãos de SIDA tenderá a subir. No ano 2010, se não houver uma intervenção eficaz, espera-se que mais de 500 mil órfãos maternos (aproximadamente 48% de todos os órfãos maternos), resultarão do SIDA.

O facto das mães terem morrido de SIDA não significa que todos os órfãos sejam portadores do vírus do HIV. Na realidade a maioria destes órfãos são HIV negativos, ou por terem nascido antes da mãe ficar infectada ou por não ter ocorrido a transmissão vertical.

8.2. Interacções POBREZA, NUTRIÇÃO e HIV/SIDA

Muitos pensam que com o surgimento da epidemia de HIV/SIDA, em virtude dos seus impactos socio-económicos, nomeadamente, no que respeita à quebra da produtividade, se veio criar uma situação nova. Em Moçambique, isto não é exactamente assim. O HIV/SIDA veio só tornar muito mais grave uma situação pré-existente. É isso que vamos demonstrar.

Desnutrição como Factor de Perpetuação da Pobreza

Em 2001, um consultor internacional (Roger SHRIMPTON¹¹⁶) fez um estudo no nosso país sobre as causas e as consequências da desnutrição crónica, tanto em termos de desnutrição proteico-calórica, como em termos de deficiência de micronutrientes. Em Janeiro de 2004, um outro consultor nacional, apoiou-se no estudo de SHRIMPTON¹¹⁶ e desenvolveu uma análise de situação muito abrangente e profunda sobre a desnutrição em Moçambique¹⁸. Estes 2 estudos vieram lançar luz sobre as causas imediatas, subjacentes e básicas da desnutrição crónica, em Moçambique.

No gráfico da Figura 18 da página seguinte resumem-se as principais conclusões destes 2 estudos¹⁸ e ¹¹⁶, sobre as interacções entre os diversos factores causais relacionados com a desnutrição crónica.

Neste gráfico as flechas negras representam as constatações de SHRIMPTON¹¹⁶ e as flechas cinzentas representam as conclusões de MARTINS¹⁸. As flechas espessas indicam um forte grau de correlação estatística ($p < 0,001$) e as flechas mais finas significam um menor grau de correlação estatística.

Constatou-se que o factor que apresentava o maior grau de correlação estatística com a desnutrição crónica era o baixo peso à nascença, que traduz bem a situação da mãe e as condições da vida intra-uterina. Ele também constatou¹¹⁶ que os níveis de desnutrição crónica apresentavam uma correlação estatística significativa (mas menos forte) com os níveis de pobreza, que exprimem a capacidade de acesso aos alimentos. Isto parece óbvio, mas também foi confirmado, em Moçambique, por um Grupo Temático do Banco Mundial²⁰¹. SHRIMPTON¹¹⁶ ainda notou haver uma correlação estatística significativa com as doenças afectando as crianças, em particular a diarreia e a febre, o que também foi confirmado, em Moçambique, por MARTEL¹⁹² e, noutros países, por muitos outros autores. De notar que as dificuldades de acesso aos Cuidados de Saúde podem condicionar a morbilidade das crianças. Outro factor que igualmente condiciona a desnutrição crónica é a qualidade dos cuidados que as mães dispensam às suas crianças. MARTEL¹⁹² constatou que as crianças órfãs de mãe têm níveis de desnutrição crónica e de desnutrição crónica severa muito superiores às outras crianças, mas o mesmo não acontece com as crianças órfãs de pai. Por sua vez, a qualidade dos cuidados que as mães dispensam às suas crianças pode estar condicionada por uma série de factores, entre eles o tempo de que elas dispõem para esse efeito.

SHRIMPTON¹¹⁶ levou mais longe a sua análise estatística e quando o baixo peso à nascença foi o critério da análise multivariada, o factor predictivo mais importante foi a deficiência crónica de energia nas mulheres, mas este autor também encontrou uma correlação estatística fortemente significativa com o diferencial de género na escolarização, que, por sua vez, é condicionado por factores culturais. Correlação estatística menos fortemente significativa foi também encontrada¹¹⁶ com o nível de escolarização das mães (que é bem sabido condicionar igualmente as taxas de Mortalidade Infanto-Juvenil e Materna), com as condições de saneamento da habitação e com os níveis de cuidados dispensados às grávidas e lactantes. Parece-nos legítimo afirmar que todos estes factores condicionantes do baixo peso à nascença são, por sua vez, condicionados pelos níveis de pobreza.

Antes de se analisarem as consequências da desnutrição crónica é bom sublinhar que, em Moçambique, dados os altos níveis de desnutrição crónica, tanto por deficiência proteico-calórica, como por carência de micronutrientes, é muito frequente que, nas mesmas crianças, a deficiência proteico-calórica esteja associada à carência de micronutrientes.

Por outro lado, muitas das consequências de uma e de outra são idênticas. Por isso é possível apreciar globalmente as consequências da desnutrição crónica, no seu conjunto.

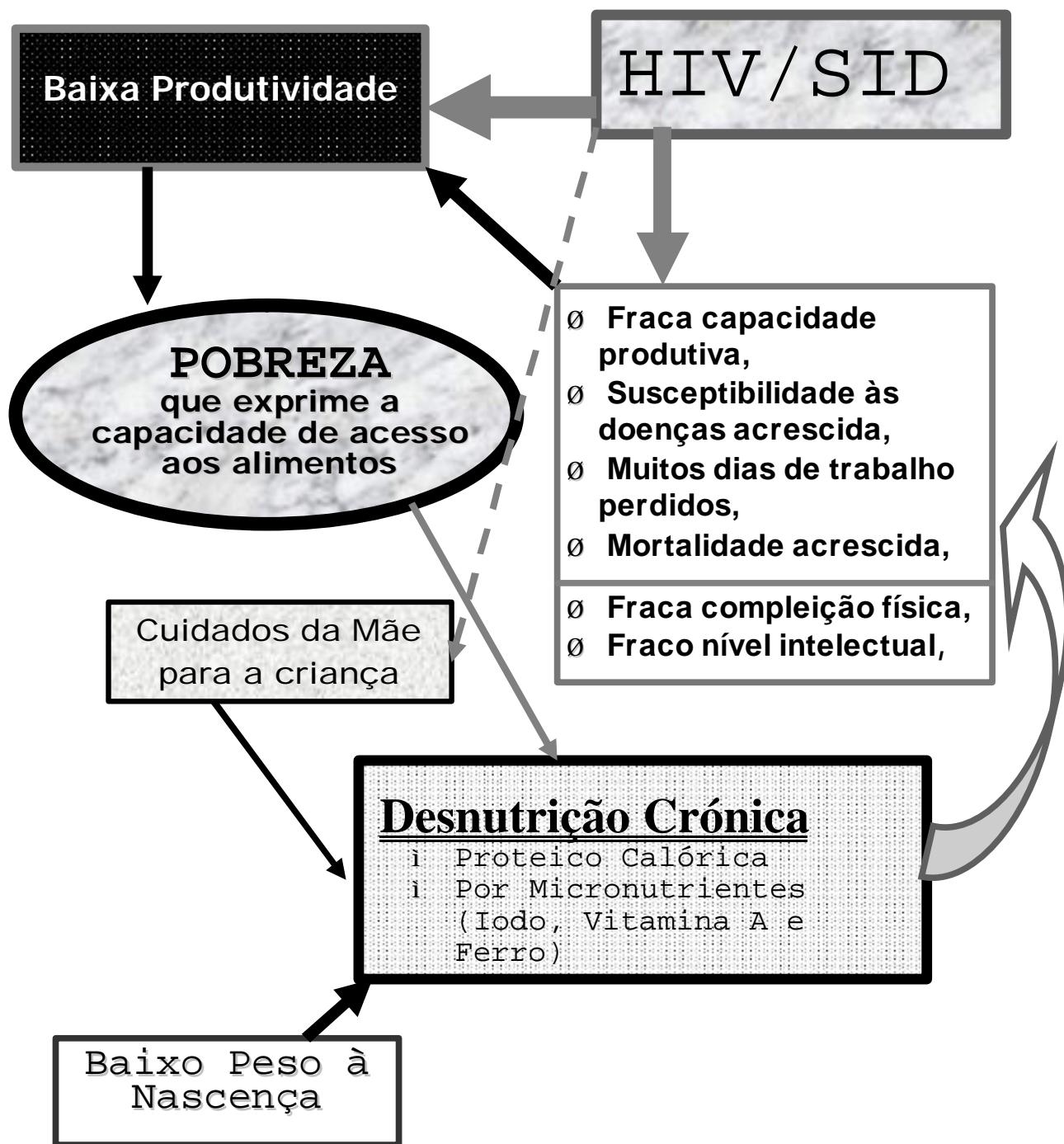
Os dois estudos referidos^{18 e 116} mostram que, como consequência da desnutrição crónica nas crianças, resultam adultos de fraca compleição física e de fraco nível intelectual. Destes estudos pode igualmente concluir-se que a desnutrição crónica nas crianças vai gerar adultos com fraca capacidade produtiva, com susceptibilidade às doenças muito acrescida, o que ocasiona muitos dias de trabalho perdidos e com taxa de mortalidade acrescida. Tudo isto vai gerar baixa da produtividade ao nível de todo o país, o que vai condicionar novos ciclos de pobreza. Assim se fecha um círculo vicioso, a que SHRIMPTON¹¹⁶ chama o ciclo de «transmissão intergeracional da pobreza» e a que nós chamaríamos «Ciclo de perpetuação da pobreza».

Baseado em estudos realizados noutros países em vias de desenvolvimento, SHRIMPTON¹¹⁶ estima a baixa da produtividade gerada pela desnutrição crónica em cerca de 2 a 3% do PIB. Se aplicarmos esta estimativa ao PIB moçambicano de 2002²⁰², verificaremos que essa baixa da produtividade custa ao país entre 71,4 e 107 milhões de US\$, por ano¹⁸.

Um grupo de autores locais²⁰³, baseados em dados da literatura internacional, calcularam o «valor económico actual da produtividade perdida resultante da deficiência de iodo na vida intra-uterina, da desnutrição crónica nos primeiros anos de vida e da anemia nas mulheres adultas» e concluíram que «nos próximos cinco anos atingirá os 604 milhões de dólares», isto

é, 101 milhões de US\$, por ano, o que representa um valor próximo do limite superior da estimativa de SHRIMPTON¹¹⁶.

Figura 19: Consequências da Desnutrição Crónica e Ciclo de Perpetuação da Pobreza



Segundo estes autores²⁰³, a estas perdas económicas se adicionarão importantes perdas humanas: «mais de 8.850 mortes de mulheres devido à anemia, 163.000 mortes de crianças devido à deficiência de vitamina A, 208.000 mortes de crianças devido à desnutrição proteico-energética e 1.327.000 recém-nascidos com diferentes níveis de atraso mental devido à deficiência de iodo». Eles concluem que «a redução da pobreza não será possível sem a melhoria do estado nutricional das crianças e das mulheres moçambicanas».

Por outro lado, sobre a liderança do Banco Mundial e da OMS, foram feitos estudos sobre custos de diversos programas eficazes de Saúde. SHRIMPTON¹¹⁶ refere que «o custo programas que são conhecidos por actuarem rapidamente na redução dos problemas

nutricionais é da ordem dos 5-10 dólares americanos por beneficiário». Ele não indica que percentagem da população representam os beneficiários mas das suas conclusões pode inferir-se que se trataria de 10% da população. Se assim fosse o custo para Moçambique dum programa destes, mesmo assumindo um valor de 10 dólares americanos por beneficiário, seria de cerca de 18,5 milhões de US\$, em 2003²⁰⁴.

Estes números comparam muito favoravelmente com aquilo a que podemos chamar os custos da inactividade governamental, isto é, os custos da baixa de produtividade gerada pela desnutrição crónica, caso se não faça nada de eficaz para a reduzir.

Desnutrição e HIV

Continuando a análise do gráfico da Figura 19, da página anterior, pode-se ver que a infecção pelo HIV tem algumas consequências idênticas às da **DESNUTRIÇÃO CRÓNICA**, nomeadamente, **FRACA CAPACIDADE PRODUTIVA**, **SUSCEPTIBILIDADE ÀS DOENÇAS MUITO ACRESCIDA**, **MUITOS DIAS DE TRABALHO PERDIDOS** e **TAXA DE MORTALIDADE ACRESCIDA**. Tudo isto vai agravar a situação provocada pela desnutrição crónica, pois também vai gerar **BAIXA DA PRODUTIVIDADE** ao nível de todo o país, o que vai agravar a **POBREZA**. Do mesmo modo, podemos, constatar que a probabilidade de contrair a infecção pelo HIV é igualmente condicionada por **FACTORES CULTURAIS**.

Na próxima década as altas taxas de infecção pelo HIV/SIDA e pela malária poderão tornar-se a principal causa de desnutrição e de insegurança alimentar pelos muitos dias de trabalho perdidos pelos que sofrem destas infecções e pelo elevado número de mortes entre a população activa^{18 e 116}. Por outro lado, o HIV/SIDA irá provocar um elevado número de órfãos que vão precisar de apoio alimentar e nutricional. Como já vimos antes, as crianças órfãs de mãe têm uma muito maior probabilidade de virem a ser desnutridas¹⁹².

8.3. Impacto no Sistema Educacional

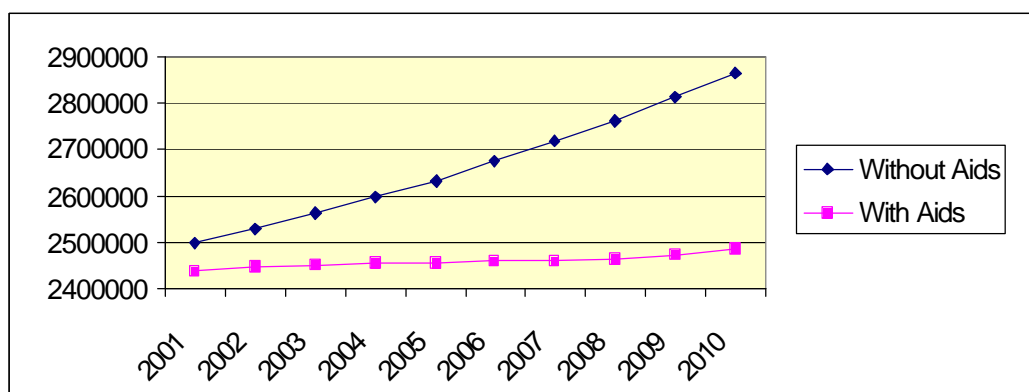
O impacto do HIV/SIDA no sector de Educação é analisado nas três vertentes: Procura, Oferta e Qualidade de ensino e tendo como base o estudo do Impacto do MINED²⁰⁵. Este estudo realça algumas limitações dos dados, que tendem, nuns casos a sobreestimar e noutros a subestimar a capacidade de expansão do sistema.

Ainda em relação às limitações, realçamos que na altura da realização do estudo, em 2000, pouco se sabia sobre as perspectivas dos programas de TARV, que só agora, começam a ser realidade. O TARV tem uma forte probabilidade de poder mudar as estimativas previstas neste estudo, em termos de prolongamento dos anos de vida tanto dos professores como dos pais das crianças em idade escolar.

Procura

Em relação à dimensão da procura, o estudo²⁰⁵ sobre impacto no sector educação idealizou 2 cenários de projecção, um considerando a existência de SIDA e outro sem SIDA e tendo em conta os modelos de projecção do impacto demográfico com e sem SIDA.

Figura 20: Diminuição de efectivos no EPI devido à SIDA (13% no período de 10 anos)²⁰⁵



No EP1 haverá menos alunos ao longo do período de projecção de 10 anos de 2000-2010, sendo a redução percentual no número de alunos ao longo deste período de 13,3% (2.486.000 alunos em vez de 2.866.000) (figura 20)²⁰⁵. Assume-se que a percentagem deverá ser maior, considerando os aumentos dos níveis de absentismo e desistências resultantes de causas indirectas do HIV/SIDA tais como a utilização das crianças para cuidar dos parentes doentes ou irmãos órfãos ou ocupadas em outras tarefas de geração de rendimentos para o agregado familiar.

No EP2, ESG1, ESG2 e níveis técnicos de ensino espera-se que estas perdas venham a atenuar a actual procura de vagas (que ultrapassa de longe a oferta), passando elas a ser, pelo menos em grande parte, ocupadas por crianças e jovens que, de outro modo, não conseguiriam obter vagas nas escolas²⁰⁵. Dados disponíveis permitem concluir que só 44% de todos os graduados do EP1 transitam para o EP2 e apenas 6% dos que iniciam este nível chegam a concluí-lo. Como resultado da pandemia espera-se que num período de 10 anos uma redução de 5.5% dos efectivos no EP2, 4% no ESG1, 2% no ESG2 e 4,8% no ensino técnico profissional²⁰⁵.

Oferta

Em relação à dimensão da oferta, o estudo também prevê 2 cenários. Estima as perdas dos docentes, a partir da taxa de mortalidade entre indivíduos de 20-49 anos sem efeitos da SIDA e com efeitos da SIDA no período de 10 anos, sendo a taxa de mortalidade por SIDA, a diferença entre estas duas taxas.

Figura 21. Projecções de mortes de professores do EP1 devidas ao SIDA²⁰⁵
(7280 mortes no período de 10 anos)

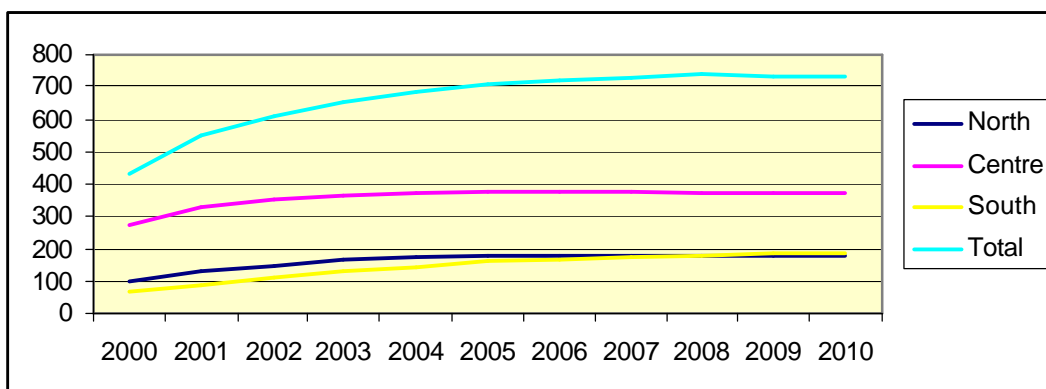
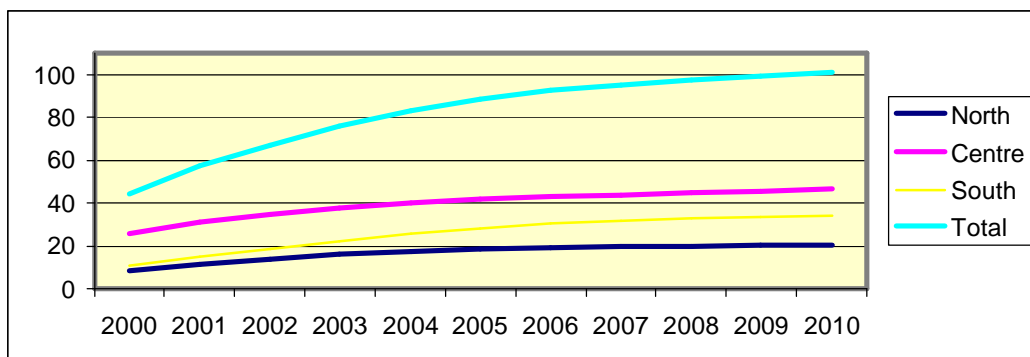


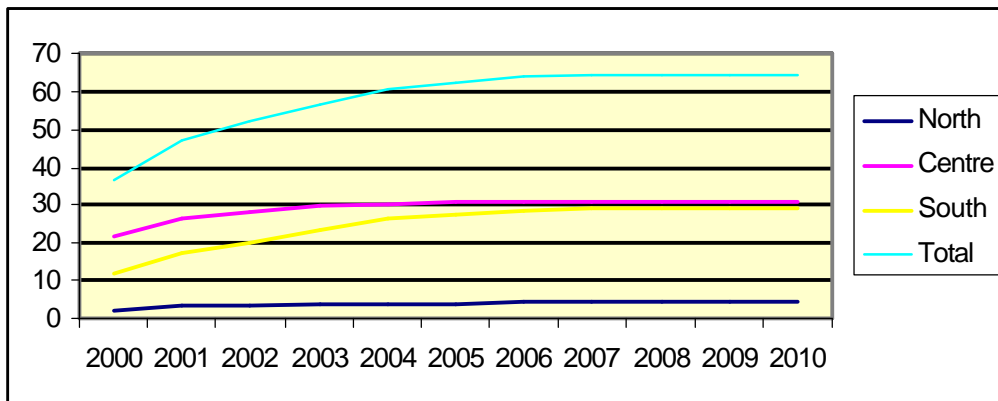
Figura 22: Projecção das mortes de professores do EP2²⁰⁵
(903 mortes no período de 10 anos)



Estima-se que no EP1 haverá uma perda de 17% dos professores, correspondendo a 7280 professores e a anteceder a sua morte serão perdidos 18 meses de tempo produtivo de aulas por absentismo. Destes professores 16% receberam formação pedagógica. No EP2 estima-se uma perda, em 10 anos, de 903 professores e o ratio aluno professor irá aumentar para 54:1 o que em 2000 se situava nos 50:1. No ESG 702 professores virão a falecer devido a

SIDA. No ensino técnico estima-se uma perda de 237 professores, 90% dos quais com formação especializada²⁰⁵.

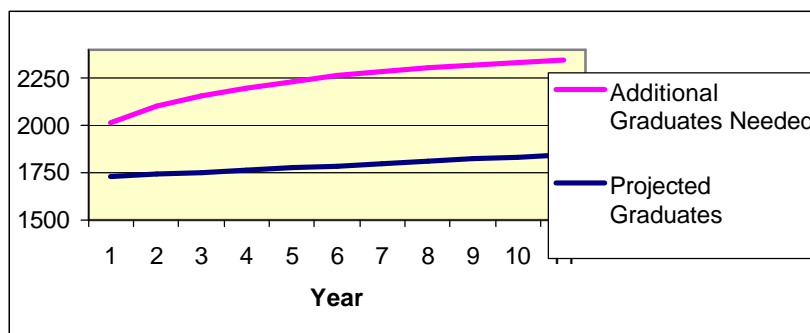
Figura 23: Projecção da morte de professores do ESG1 e ESG2, (702 mortes no período de 10 anos)



Formação de professores

As estimativas de óbitos atrás referidas implicam que estas perdas sejam substituídas pressupondo uma expansão na formação de professores. Para além de 19.652 professores que são formados numa base regular no CFPP/IMAP, estima-se que será necessário um número adicional de 4909 professores a serem formados para cobrirem as perdas devidas à SIDA²⁰⁵. A Universidade Pedagógica (UP) que forma os professores para o nível secundário deverá aumentar em 28% as suas graduações em professores para este nível.

Figura 24: Número adicional de 4909 professores que o CFPP e IMAP terão de formar em resultado do HIV/SIDA²⁰⁵



Qualidade da Educação

O impacto do HIV/SIDA sobre a qualidade da educação foi analisada tendo em conta: i) a capacidade dos professores de proporcionarem serviços com níveis satisfatórios de eficiência e ii) as implicações de passar a haver alunos provenientes de agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA²⁰⁵.

Vários estudos qualitativos à escala internacional sugerem que os órfãos e crianças de agregados familiares afectados por HIV/SIDA estão mais expostos aos riscos de não frequentarem a escola ou de a abandonarem mais e terem um desempenho académico insatisfatório, quando comparados às crianças não afectadas directamente pela pandemia. Por conseguinte, as taxas de desistência e repetência aumentam à medida que as crianças afectadas se ajustam às perdas de rendimentos e de força de trabalho resultantes das mortes dos seus progenitores.

Na vertente capacidade dos professores de prestarem serviços incluem-se o aumento do número de dias de doença e dado à instabilidade emocional causada pela doença espera-se uma diminuição no desempenho profissional negativo dentro da sala de aulas²⁰⁵.

Neste estudo fizeram-se previsões e projecções a partir de dados epidemiológicos. São necessários levantamentos periódicos e estudos rápidos para a quantificação da situação real no terreno, por exemplo:

Em relação aos alunos: Em que é que as taxas de aprovação, de repetição e de abandono são diferentes nos alunos afectados em relação ao total? Quais as actividades de remediação e suas consequências no progresso de aprendizagem?

Em relação aos professores: Número de infectados e de óbitos desagregados por variáveis sócio-demográficas e sociais; absentismo e consequências na aprendizagem dos alunos.

Este tipo de informação actualmente não está disponível no Ministério da Educação e espera-se que seja adicionada nos levantamentos futuros.

Ainda em função dos resultados encontrados, este estudo recomenda algumas soluções práticas, como por exemplo: introdução de horários de aulas mais flexíveis; maior ligação da escola com a comunidade, colocando os seus recursos no centro da resposta.

8.4. Impacto a nível do Sector de Saúde

Este tema é exaustivamente tratado no PEN ITS HIV SIDA do sector de Saúde⁴⁷, pelo aqui apresentamos apenas um extracto do capítulo correspondente.

No sector saúde, os mais de 100.000 novos doentes anuais de SIDA, poderão gerar cerca de um milhão e meio de consultas externas e cerca de 3 milhões de dias de internamento, mais do que dobro do volume desta actividade. A tabela 39 ilustra a carga extremamente elevada que o internamento por SIDA pode provocar sobre o sistema, que seria entre 30% e 60% das camas permanentemente ocupadas por estes doentes⁴⁷. As províncias de Zambézia, Manica, Gaza, Tete e Sofala sofreriam maior pressão.

Tabela 39: Taxa de ocupação de camas (TOC) potencial devido à SIDA por província em 2006⁴⁷

	doentes 2006	dco potenciais	dco possiveis	TOC se cobertura for		
				100%	50%	25%
Niassa	2.114	63.417	162.425	39%	20%	10%
C Delgado	2.908	87.234	250.390	35%	17%	9%
Nampula	10.345	310.337	728.175	43%	21%	11%
Zambézia	20.690	620.701	404.055	154%	77%	38%
Tete	9.040	271.198	312.440	87%	43%	22%
Manica	8.969	269.083	235.425	114%	57%	29%
Sofala	10.854	325.625	463.185	70%	35%	18%
Inhambane	4.105	123.159	299.665	41%	21%	10%
Gaza	9.572	287.151	314.995	91%	46%	23%
Maputo P	6.000	179.990	238.345	76%	38%	19%
Maputo C	6.027	180.821	725.985	25%	12%	6%
TOTAL	90.624	2.718.714	4.135.085	66%	33%	16%
niveis II,III,IV			2.481.635	110%	55%	27%

dco potenciais: número de doentes estimados em 2006 x 30 dias de internamento

dco possíveis: número de camas em 2002 excluindo maternidade x 365 dias de ocupação possível
(dco=dias cama ocupados)

Estima-se que cerca de 15% dos trabalhadores do sector - ou 1.500 profissionais de saúde - venham a morrer de SIDA durante a década, reduzindo a capacidade de reacção perante os desafios da epidemia, aumentando as limitações estruturais da rede⁴⁷.

Finalmente, a oferta de cuidados médicos paliativos aos doentes de SIDA pode representar encargos financeiros estimados em dezenas de milhões de dólares americanos. O TARV para um número significativo de doentes elegíveis pode praticamente duplicar a despesa pública com a Saúde⁴⁷.

9. Direitos Humanos e HIV/SIDA

Uma das vertentes fundamentais de toda a acção de combate ao HIV/SIDA é a dos Direitos Humanos. A Declaração de Compromisso de Chefes de Estado e de Governo sobre o HIV/SIDA, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Junho de 2001, conclui que *“o pleno respeito dos direitos humanos e liberdades fundamentais [.....] é um elemento essencial na resposta global à pandemia do HIV/SIDA”*⁹⁴. Sem a perspectiva dos direitos humanos a prevenção, o tratamento e a mitigação dos impactos do HIV/SIDA, a nível dos indivíduos e da própria sociedade, não se podem realizar cabalmente.

Nesta assunção, a comunidade internacional criou alguns instrumentos para apoiar os Estados na afirmação e defesa dos direitos humanos como parte das estratégias de combate ao HIV/SIDA. Para além dos documentos aprovados na UNGASS (Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o Sida, New York, 25-27 de Junho de 2001), onde se inclui a Declaração acima citada, a UNAIDS e a União Inter-parlamentar publicaram conjuntamente um Manual para Legisladores sobre HIV/SIDA, Lei e Direitos Humanos.

O documento a que maior número de Estados tem feito recurso são as Directivas Internacionais sobre HIV/AIDS e Direitos Humanos, aprovadas pela 53ª Sessão da Comissão dos Direitos Humanos, em 1977²⁰⁶. Subsequentes resoluções da Comissão e da própria Assembleia Geral das Nações Unidas estabeleceram estas directivas como a principal referência para toda a actividade de protecção dos direitos humanos no contexto do HIV/SIDA.

Em Moçambique a ocorrência da pobreza e as dificuldades económicas que, de uma maneira geral, limitam a nossa capacidade de resposta à pandemia, reflectem-se igualmente no fraco nível de integração de medidas de respeito e preservação dos direitos humanos nas acções intentadas aos diversos níveis.

Não obstante, algum esforço tem sido realizado no sentido de corrigir esta situação.

Na óptica das Directivas Internacionais sobre HIV/SIDA e Direitos Humanos, a situação actual do país pode ser analisada como se segue:

9.1 Coordenação e multi-sectorialidade na resposta nacional ao HIV/SIDA

Recomenda a Directiva 1 que *“para a sua resposta ao HIV/SIDA os estados devem criar uma estrutura nacional que seja efectiva e que assegure uma abordagem coordenada, participada e transparente, integrando as políticas sobre o HIV/SIDA nos programas de todos os ramos do governo”*²⁰⁶.

A elaboração do Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, o PEN I⁹, e a criação, pelo Conselho de Ministros, da respectiva estrutura de implementação, o Conselho Nacional de Combate ao Sida (Decreto 10/2000, de 23 de Maio¹⁰), inserem-se no cumprimento desta directiva.

O CNCS integra os dirigentes de seis áreas ministeriais e individualidades representativas da sociedade civil e é presidido pelo Primeiro-Ministro. Esta composição aponta claramente para uma perspectiva multi-sectorial na resposta nacional à pandemia do HIV/SIDA.

A actividade do CNCS dá igualmente cobertura, pelo menos em parte, a várias outras directivas, como veremos em pormenor, e, na totalidade, à Directiva 2 que recomenda que *“os Estados devem assegurar, através de apoio administrativo e financeiro, que se realizem consultas à comunidade em todas as fases da elaboração de políticas relacionadas com o HIV/SIDA, da implementação de programas e sua avaliação e que organizações comunitárias sejam capacitadas de modo a poderem realizar as suas actividades de modo efectivo, incluindo nos campos da ética, da legislação e dos direitos humanos”*²⁰⁶.

Está também coberta pela actividade do CNCS a Directiva 12, que recomenda a cooperação entre os Estados e as agências relevantes das Nações Unidas *“na troca de experiências e conhecimentos relativos ao HIV/SIDA e direitos humanos e na criação de mecanismos efectivos para o protecção dos direitos humanos a todos os níveis”*²⁰⁶.

Observa-se que a efectividade do CNCS, enquanto sistema, na realização dos objectivos traçados nas Directivas que citámos só pode ser comprovada pela avaliação institucional e análise dos resultados da sua actividade (ver adiante).

9.2 Princípios éticos e leis que regem a Saúde Pública

A Directiva 3 estabelece que *“os Estados devem rever e reformar as suas leis de saúde pública de modo a assegurar que elas cubram de forma adequada as várias questões de saúde pública suscitadas pela HIV/SIDA, harmonizando os procedimentos correntes com princípios e obrigações internacionalmente definidos no que respeita aos direitos humanos e evitando que as suas provisões sejam indistintamente aplicadas a casos comuns de doenças transmissíveis e ao HIV/SIDA”*²⁰⁶

Por sua vez, a Directiva 10 refere o dever que incumbe aos Estados de legislarem sobre códigos de conduta e práticas profissionais relevantes para a questão do HIV/SIDA²⁰⁶.

Não dispomos de um levantamento sistemático das questões de saúde pública suscitadas pelo HIV/SIDA nem de estudos de avaliação com cobertura nacional das práticas hospitalares que se enquadram no conceito de bio-segurança, como por exemplo a assepsia. A própria questão da privacidade dos actos médicos e confidencialidade do diagnóstico que relevam da deontologia da profissão médica, não são especificamente contempladas na legislação corrente. A não observância dos procedimentos estabelecidos, nomeadamente o aconselhamento *pré* e *post* teste, é infelizmente muito frequente nas nossas unidades sanitárias e quase sempre com consequências devastadoras para os pacientes. No inquérito realizado em 2000 a diferentes grupos de PVHS em Maputo, Chimoio e Quelimane²⁰⁷, chegou-se às seguintes conclusões:

- a) Em mais de metade dos casos não foi pedida autorização para a testagem, não tendo sido por isso prestado qualquer aconselhamento pré-teste;
- b) O aconselhamento pré-teste não é sistemático;
- c) A discriminação, a partir do momento do conhecimento do estado de seropositividade atingiu 65% dos entrevistados, que foram extremamente afectados, com casos como abandono pela família, divórcio e rejeição;
- d) 21% dos inquiridos afirmou ter perdido o emprego depois de ter dado a conhecer a sua situação de seropositivo;
- e) 57% dos inquiridos não recebeu nem tem acesso aos medicamentos de que necessita, na sua maioria por incapacidade financeira;
- f) 46% dos inquiridos afirmam ter recebido alguma forma de ajuda, por parte de ONGs, organizações religiosas, entidade empregadora e a própria família.

A falta de confidencialidade, também referida pelos inquiridos, é outra das quebras de ética, com um impacto muito particular no quadro do HIV/SIDA. Um relatório da Associação dos Direitos Humanos e Desenvolvimento informa que *“ a falta de confidencialidade [...] por parte de alguns funcionários da saúde, leva à inibição de algumas pessoas potencialmente portadoras a submeterem-se ao teste”*.²⁰⁸

9.3. Protecção das PVHS contra o estigma e a discriminação.

A publicação acima referenciada da Associação KINDLIMUKA²⁰⁷ inclui os resultados de um inquérito realizado a uma amostragem de PVHS onde o estigma e a discriminação figuram em primeiro lugar entre as preocupações dos inquiridos, antes mesmo de questões como o acesso a medicamentos e o apoio financeiro. Ao explicar a importância atribuída à questão do estigma, as PVHS abordadas sublinham o facto de a rejeição social e o isolamento de que são alvo atingir igualmente o seu núcleo familiar, os seus amigos e quaisquer outras pessoas com quem se relacionem.

Estudos internacionais revelam que estigmatização das PVHS está presente em todos as áreas de actividade e a sua virulência é proporcional ao grau de ignorância sobre a doença, as suas formas de transmissão e as possibilidades de tratamento. O estigma tem assim a ver com o medo do contágio mas também com a condenação moral das PVHS, por se considerar que elas são de algum modo “culpadas” da sua enfermidade, que se acredita resultar sempre de

comportamentos sociais condenáveis. A discriminação das PVHS afecta as próprias crianças que por vezes se vêm constringidas a abandonar a escola.

Num acto público realizado em Maputo a 31 de Outubro de 2002, para discussão da questão do estigma e discriminação de que são objecto as pessoas infectadas com o HIV ou sofredoras de SIDA, revisitaram-se os preceitos constitucionais que estabelecem os direitos fundamentais dos cidadãos e reafirmou-se a disposição do Governo e de toda a sociedade para mobilizar todos os recursos na luta contra a pandemia. A sessão, que contou com a presença de membros do Governo, representantes de partidos da oposição, organizações religiosas, estruturas da sociedade civil, e representante do corpo diplomático, foi presidida pelo Chefe de Estado.

9.4. Acção legislativa, prevenção e combate ao HIV/SIDA nos centros prisionais.

As directivas 4 e 5 referem a necessidade de [...] revisão e reforma de leis criminais e dos sistemas correcionais para assegurar que eles sejam consistentes com as obrigações internacionais sobre direitos humanos [.....]²⁰⁶.

Embora restrita ao mundo do trabalho, a Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro²⁰⁹ é a primeira acção legislativa de vulto no sentido de proteger o direito ao trabalho, de combater o estigma e a discriminação de que são vítimas as PVHS e ainda de assegurar a confidencialidade do estatuto de seropositividade. Este diploma também ilegaliza o teste à seropositividade como pré-condição para a admissão a um emprego ou a perda de um emprego por se revelar a situação de seropositivo do seu detentor.

Para acompanhamento do processo de implementação da Lei 5/2002²⁰⁹ o Ministério do Trabalho criou uma comissão tripartida que além dos representantes do próprio Ministério envolve representantes de sindicatos e do patronato. Independentemente, a organização “Empresários contra o Sida” introduziu em cerca de 100 centros empregadores situadas em diferentes pontos do país programas específicos de IEC, de prevenção ao HIV/SIDA e de apoio à implementação da Lei 5/2002.

Não dispomos de qualquer levantamento estatístico de decisões judiciais que tenham feito recurso específico à Lei 5/2002, mas a Associação KINDLIMUKA, que congrega PVHS, divulga numa das suas publicações diversos testemunhos de casos em que trabalhadores perderam os seus empregos e não receberam as compensações previstas na Lei.

É manifesto que a promulgação de legislação de protecção aos direitos das PVHS não se pode restringir ao mundo do trabalho sendo urgente a sua extensão ao conjunto da sociedade com particular incidência para as situações particulares que afectam as mulheres e as crianças.

No que respeita às estatísticas de seroprevalência entre a população prisional e as práticas que traduzem situações de risco nas prisões moçambicanas os dados da investigação só nos apresentam resultados parcelares, mas informações por nós recolhidas na preparação do PNCS II, junto das entidades que superintendem no sector, indicam que é relativamente frequente a prática de homossexualidade e o uso de estupefacientes injectáveis nas prisões. Aliás, esta é uma prática que existe em quase todas as prisões do mundo.

A seroprevalência entre a população prisional de Maputo era em 1992 de 0,6%²¹⁰. Um estudo realizado em 2002 na Cadeia Central da Machava e No Centro de Reclusão Feminina de N'Dlavela assinala que no conjunto desses dois centros, que se localizam no Sul do País, a taxa de prevalência é de 31,1% para mulheres e de 28,78% para homens, muito acima portanto da média nacional⁸⁸.

Não obstante a realização em estabelecimentos prisionais de actividades como a distribuição de preservativos, palestras de sensibilização e treino de activistas - como consta no Plano anual de Actividades de Prevenção e Combate ao HIV/SIDA do Ministério do Interior (2002) - admitem as próprias autoridades prisionais entrevistadas que a situação do HIV/SIDA na população prisional atinge “proporções alarmantes”.

9.5.Criminalização das infecções intencionais

Um aspecto de extrema importância na Lei 5/2002²⁰⁹ é a criminalização de comportamentos de risco. Diz o seu Artigo 15 que “Os trabalhadores infectados com HIV/SIDA devem abster-se de comportamentos que possam colocar risco de contágio a outras pessoas”.

O comportamento de risco aqui referido não se deve confundir com a prática das chamadas infecções intencionais, já caracterizada noutras legislações e punida com extrema severidade – mas ainda não considerada pelos nossos legisladores. A infecção intencional é a prática de sexo desprotegido por parte de indivíduos seropositivos, com ou sem consentimento do parceiro, na clara intenção de disseminar a infecção ou a promoção do contacto inadvertido ou forçado de outras pessoas com esperma ou produtos sanguíneos contaminados.

A pouca investigação realizada neste domínio não permite estabelecer o grau de incidência deste tipo de comportamento, embora vários inquéritos públicos tenham indicado que a primeira reacção de uma percentagem apreciável de pacientes, ao saberem que “foram contaminados” é a de “passar a doença para outros”.

Em alguns países vizinhos, nomeadamente na África do Sul, existe a crença de que o HIV/SIDA pode ser “lavado” do organismo de um homem infectado se este realizar o acto sexual com uma virgem – em que, defende-se, quanto mais nova mais eficaz a “lavagem”. Essa é uma das explicações para a extraordinária frequência com que nesses países ocorrem violações de menores, muitas vezes perpetradas por pais sobre filhas, tios e até avôs sobre as suas dependentes. Embora este fenómeno ainda não esteja devidamente documentado, foi fácil concluir, após a análise dos relatórios provinciais que foram elaborados ao longo deste processo e que se basearam em depoimentos recolhidos, que esta forma de infecção intencional já ocorre no nosso país.

De qualquer forma os responsáveis do sector da Justiça, entrevistados na preparação do PNCS II, reconheceram a urgência no estudo aprofundado da questão das infecções voluntárias e do estabelecimento do seu enquadramento jurídico.

9.6.Acessibilidade dos cuidados e tratamento do HIV/SIDA

A Directiva 6, além de recomendar aos Estados a produção de legislação que regule o fornecimento de bens, serviços e informação que se relacionem com HIV/SIDA, de modo a promover a sua total acessibilidade, refere a responsabilidade dos governos na provisão de medicamentos seguros, efectivos e a preço acessível.

A revisão desta Directiva, realizada conjuntamente pelo Gabinete do Alto Comissário para os Direitos Humanos e pela ONUSIDA em Julho de 2002 recomendou aos Estados, no que se refere ao acesso ao tratamento, que façam uma interpretação menos rígida dos dispositivos de protecção aos direitos de autor e propriedade intelectual, de modo a facilitar o acesso às formas mais actualizadas de tratamento. Esta posição foi secundada pela Organização Mundial do Comércio que declarou que os acordos sobre os aspectos comerciais do direito sobre a propriedade intelectual “*não podiam e não deviam impedir os [Estados] membros de adoptarem as medidas que se mostrem indispensáveis à protecção da Saúde Pública*”.

Medidas desta natureza e a solidariedade internacional permitiram ao nosso país iniciar, ainda que em escala reduzida, o tratamento com anti-retrovirais. Por constrangimentos de ordem económica e dado o imperativo de acompanhamento médico aos doentes que se encontrem em regime de anti-retrovirais, esta terapêutica tem sido aplicada de maneira limitada.

Não obstante, até ao final de 2002, 361 pacientes já recebiam uma terapêutica com uma combinação de anti-retrovirais (TARV). Projecta-se que até 2007, o número ascenderá a 112.000 pacientes, representando 47% do número total de doentes elegíveis para este tipo de tratamento.

Mas onde a questão do acesso ao tratamento se revela particularmente grave é no que respeita às doenças oportunistas. O Sistema Nacional de Saúde garante tratamento gratuito à

tuberculose, através do programa ELAT/ELAL^{*}, que já atingiu uma cobertura de 100% das unidades sanitárias do país. Para o tratamento de outras doenças oportunistas só se criou capacidade em oito hospitais de dia em todo o país – três das quais também ministram o TARV. Nas restantes unidades sanitárias do país o tratamento de doenças oportunistas é proporcionado através do programa de medicamentos essenciais – que não cobre a totalidade do país e sofre rupturas de stock frequentes.

9.7. Apoio jurídico às pessoas afectadas pela pandemia do HIV/SIDA

A Directiva 7 estabelece para os Estados a obrigação de “implementar e apoiar serviços de apoio legal que possam educar as pessoas afectadas pelo HIV/SIDA sobre os seus direitos, prover serviços legais gratuitos que imponham o respeito de tais direitos, desenvolver capacidades em questões legais relacionadas com o HIV/SIDA e instituir meios de protecção para além dos tribunais, tais como gabinetes de justiça, protectores públicos, comissões de direitos humanos”²⁰⁶.

Dos projectos relacionados com HIV/SIDA actualmente em curso, em todo o país, arrolados pelo CNCS, 29 incluem uma componente de apoio jurídico. Estes projectos, que são da responsabilidade de ONGs nacionais e estrangeiras, estruturas governamentais a nível central e provincial, empresas e organizações religiosas, cobrem diferentes populações-alvo, desde PVHS a núcleos comunitários, viúvas e órfãos de SIDA.

A maior parte dos projectos teve o seu início em 2002/2003 e propõem-se operar até 2005/6. Não temos conhecimento de qualquer colecção de dados estatísticos em relação a esta actividade pelo que não podemos indicar a disponibilidade e distribuição geográfica das consultas ou actos de aconselhamento jurídico, temas mais frequentemente abordados, etc.. Mas é de crer que os conflitos de interesse que com maior probabilidade acabarão por levar as PVHS a procurar apoio jurídico serão os que decorrem da interpretação da Lei 5/2002²⁰⁹.

9.8. Protecção especial às mulheres, às crianças e outros grupos vulneráveis

Segundo a Directiva 8 esta protecção especial deve incluir a denúncia dos preconceitos e desigualdades e a sua erradicação através do diálogo no seio da comunidade e ainda através de projectos sociais e sanitários especialmente concebidos para esse efeito. Podemos afirmar que a criação do Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social significou um passo em frente na protecção destes grupos vulneráveis. O estabelecimento do atestado de pobreza, por exemplo, contribui sem dúvida para atenuar as dificuldades sentidas por estes grupos específicos. No entanto, o alcance destas medidas é ainda muito reduzido, sendo por isso necessária criar formas de agilizar os mecanismos de atribuição e a cobertura geográfica. Outra medida de louvar é a atribuição de apoio específico às famílias que se encarreguem de COVs, de modo a aliviar as despesas, estimulando assim esta prática, que surge como solução para estes casos.

No entanto, mais uma vez se verifica a falta de legislação que garanta os direitos consagrados a estes grupos. Especificamente no que toca às mulheres - apesar da Constituição defender a igualdade de género e de Moçambique ter ratificado a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra Mulheres, em Junho de 1993 – a verdade é que a aplicação da lei costumária e a fraqueza dos mecanismos legais existentes, oferecem poucas garantias do cumprimento destes princípios.

9.9. IEC e Direitos Humanos

“Os Estados devem promover de forma permanente uma vasta distribuição de material educativo e de programas de treino e informação pública abertamente concebidos para a mudança de atitudes de discriminação e estigmatização e o favorecimento da compreensão e aceitação”²⁰⁶. – Directiva 9.

Sem dúvida que Moçambique tem registado grandes progressos a este nível, quer pelo aumento de ONGs e outras organizações da sociedade civil a trabalhar directamente nesta área, quer pela maior dedicação que as entidades governamentais têm prestado a estes programas.

^{*} Programa Nacional de Luta contra a Tuberculose e a Lepra

Contudo, como foi acima referido, o alcance das mensagens é muito reduzido. Se, por um lado, o nível de conhecimento entre a população nacional tem aumentado, a verdade é que a evolução dos comportamentos não tem correspondido a este aumento. Infelizmente, os dados continuam a revelar altas taxas de discriminação, que de forma alguma correspondem ao esforço (financeiro e humano) despendido nestas áreas.

Não existem estudos em número suficiente sobre a eficácia ou impacto da informação publicitária em Moçambique, mas um inquérito realizado junto às principais agências de publicidade do país na preparação do PNCS II indicou que na avaliação dos próprios profissionais do ramo, as mensagens que se difundem sobre o HIV/SIDA deverão conformar-se a uma estratégia claramente definida de modo a não criar confusão nos destinatários sobre uma matéria tão delicada. Por outro lado, indicaram ainda, as mensagens têm de ser concebidas tendo em atenção os diferentes públicos destinatários. Não se pode falar em campanhas nacionais quando apenas se distribuem mensagens concebidas centralmente. Há que ter em atenção a linguagem, os veículos, a exemplificação, a diversidade cultural do país.

10. Esforço financeiro em resposta ao HIV/SIDA nos últimos 4 anos

O esforço financeiro nacional em resposta à epidemia do HIV/SIDA em Moçambique compreende a totalidade dos recursos de origem interna e externa aplicados no financiamento das acções visando a prevenção da infecção a propagação da epidemia e a mitigação das suas consequências e impactos, realizadas no país por organizações nacionais e estrangeiras, oficiais e privadas. A complexidade dos procedimentos de disponibilização ou aplicação de recursos financeiros por parte de algumas das organizações envolvidas em acções de combate ao HIV/SIDA, combinada com a dificuldade que revelam as autoridades em acompanhar a grande diversidade dos programas e actividades das organizações envolvidas no combate ao HIV/SIDA – muitas das quais desenvolvidas autonomamente e sem harmonização com a planificação nacional – permite presumir que uma larga porção do volume destes recursos financeiros não é contabilizada pelo CNCS. Por exemplo, as empresas privadas, individualmente ou integradas nas respectivas associações económicas, já vêm desenvolvendo actividades que envolvem dispêndio de recursos financeiros que elas mobilizam tanto internamente como externamente e sobre os quais não existem mecanismos estabelecidos para o seu conhecimento seja a partir do SE-CNCS, ou a partir de outras entidades governamentais (e.g. Ministérios sectoriais, Ministério do Plano e Finanças). Por outro lado, várias organizações não-governamentais, nacionais e estrangeiras, recebem fundos de fontes internas e externas, e aplicam recursos financeiros em acções de combate ao HIV/SIDA. Também não encontramos nenhum mecanismo estabelecido para monitorar o volume dos recursos envolvidos.

Foi no entanto possível obter informação acerca de alguns dos canais através dos quais se disponibilizou uma parte destes recursos, nomeadamente o SE-CNCS. Foram também obtidos alguns elementos acerca de como, em certos sectores e em determinadas empresas, se mobilizam recursos adicionais aos que são destinados à resposta nacional por via do SE-CNCS. Segue-se uma análise das origens e aplicações destes recursos. O exercício cobre os anos 2003 e 2004, sendo esta cobertura determinada pela disponibilidade de informação.

Não foi encontrado nenhum sistema efectivo de monitoria das acções de combate ao HIV/SIDA e seus resultados que pudesse fornecer informações acerca da eficácia da resposta nacional nas várias áreas de intervenção no combate à epidemia. Baseando-se na definição das áreas de intervenção e dos tipos de iniciativas financiadas em cada área, a análise presta atenção padrão de prioridades reflectido pela distribuição dos recursos por essas áreas e iniciativas. A análise procura também avaliar a medida em que a alocação dos recursos pelas províncias tem ou não relação com os graus de prevalência do HIV pelas províncias. Finalmente, a análise observa em certo detalhe as experiências de determinadas instituições para as quais foi possível obter informação mais pormenorizada acerca da sua experiência de financiamento.

Origem e aplicações dos recursos financeiros do SE-CNCS

As origens e aplicações dos fundos captados e canalizados para acções de combate ao HIV/SIDA através do SE-CNCS estão representados na Tabela abaixo.

Tabela 1. Reumo do Orçamento da resposta nacional ao HIV/SIDA

					Variação 2003/2002	Percentagem do Total	
ORIGENS DO FINANCIAMENTO							
	2002		2003			2002	2003
	Em 000 MT	Em USD	Em 000 MT	Em USD	Em % (usando USD)		
Origem Interna	70,057,489	3,019,719	62,990,632	2,624,610	-13.1	75.1	34.3
Origem Externa	23,167,218	998,587	120,873,668	5,036,403	404.4	24.9	65.7
Total	93,224,707	4,018,306	183,864,300	7,661,013	90.7	100.0	100.0
APLICAÇÕES POR ÁREA E ORIGEM DO FINANCIAMENTO							
Área: 01 - Prevenção						14.9	6.0
Origem Interna	8,674,019	373,880	5,180,449	215,852	-42.3	65.1	78.3
Origem Externa	4,647,563	200,326	1,431,720	59,655	-70.2	34.9	21.7
Sub-Total	13,321,582	574,206	6,612,169	275,507	-52.0	100.0	100.0
Área: 02 - Cuidados de saúde						4.7	5.7
Origem Interna	4,166,092	179,573	6,267,711	261,155	45.4	100.0	100.0
Origem Externa	0	0	0	0	-	0.0	0.0
Sub-Total	4,166,092	179,573	6,267,711	261,155	45.4	100.0	100.0
Área: 03 - Redução do Impacto						12.3	8.4
Origem Interna	8,674,019	373,880	9,255,766	385,657	3.1	78.9	100.0
Origem Externa	2,323,782	100,163	0	0	-100.0	21.1	0.0
Sub-Total	10,997,801	474,043	9,255,766	385,657	-18.6	100.0	100.0
Área: 04 - Sistema de Suporte						29.7	25.8
Origem Interna	18,707,935	806,377	28,741	1,198	-99.9	70.5	0.1
Origem Externa	7,828,817	337,449	28,537,799	1,189,075	252.4	29.5	99.9
Sub-Total	26,536,752	1,143,826	28,566,540	1,190,273	4.1	100.0	100.0
Área: 05 - Estrutura do CNCS						38.5	54.2
Origem Interna	29,768,757	1,283,136	41,882,363	1,745,099	36.0	86.4	69.7
Origem Externa	4,704,612	202,785	18,189,815	757,909	273.8	13.6	30.3
Sub-Total	34,473,369	1,485,921	60,072,178	2,503,008	68.4	100.0	100.0
Totais por origem do financiamento						100.0	100.0
Origem Interna	69,990,822	3,016,846	62,615,030	2,608,960	-13.5	78.2	56.5
Origem Externa	19,504,773	840,723	48,159,334	2,006,639	138.7	21.8	43.5
Total	89,495,595	3,857,569	110,774,364	4,615,599	19.7	100.0	100.0

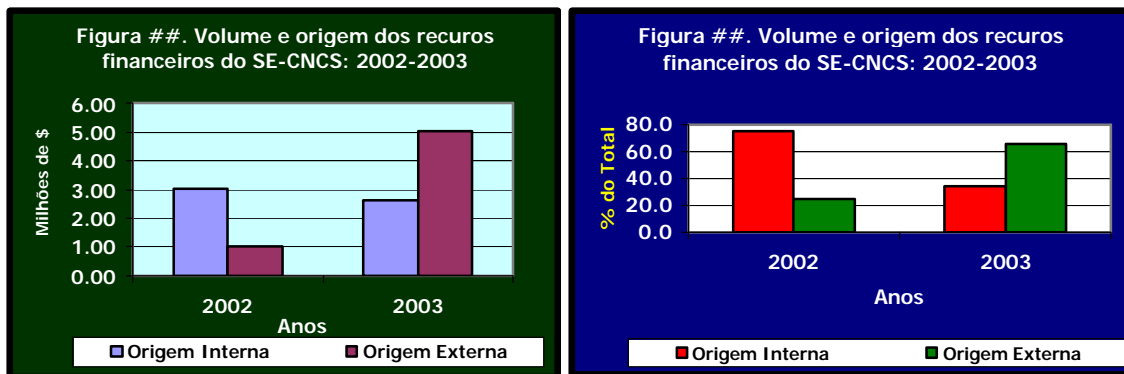
Memo:

Taxas de câmbio 23,200 24,000

Fonte: Compilado a partir de dados fornecidos pelo SE-CNCS.

Origens

Os fundos canalizados para as acções de combate ao HIV/SIDA em Moçambique provêm do Orçamento Geral do Estado (OGE) e das organizações internacionais doadoras, bilaterais e multilaterais²¹¹. Em 2003 estes fundos totalizaram \$7.66 milhões*, um acréscimo de 90.7% em relação a 2002, ano em que atingiram \$4.02 milhões. No decurso dos dois anos, o financiamento por recursos externos directamente canalizados para o SE-CNCS aumentou cinco vezes, subindo de pouco menos de \$.1 milhão em 2002 para pouco mais de 5.0 de dólares americanos em 2003. No mesmo período, o financiamento do OGE às acções de combate ao HIV/SIDA canalizado através do SE-CNCS diminuiu em 13.1%, de \$3.02 milhões em 2002 para 2.64 em 2003. Como resultado desta evolução, a proporção dos recursos financeiros de origem nacional diminuiu de 75% em 2002 para 34.3 em 2003, passando a dar primazia aos recursos de origem externa que no último ano contribuíram com 65.7% de todos os recursos financeiros canalizados à resposta nacional através do SE-CNCS.



Aplicações por áreas

As aplicações dos fundos canalizados através do SE-CNCS são feitas em 50 tipos de actividades agrupadas nas cinco áreas (Tabela 2).

Nos últimos dois anos (2002-2003) a área de aplicações que mais recursos absorveu é a da "Estrutura do CNCS". Esta Área realiza despesas de investimento tais como aquisição de bens de equipamento (equipamentos de escritório, meios de transporte, etc.) para os gabinetes central e provinciais, e de funcionamento (somente do órgão central), entre outras. Em 2002 e 2003 foram gastos nesta área \$1.5 e \$2.5 milhões respectivamente, representando 38.5% e 54.2% das aplicações financeiras totais do SE-CNCS.

A seguir ao financiamento da "Estrutura do CNCS" vem a área do "Sistema de Suporte", que compreende essencialmente Iniciativas de estudos e formação. Em 2002 e 2003 esta área absorveu \$1.14 e 1.19 milhões respectivamente, equivalentes a cerca de 30% e 26% das aplicações totais nesses anos.

* Neste relatório \$ refere-se a dólares dos Estados Unidos da América.

Tabela 2. Áreas e iniciativas de combate ao HIV/SIDA

Area	Iniciativa	
	Nível I	Nível II
1. Prevenção	1.1. Consciencialização sobre HIV/SIDA	
	1.2. Educação sobre saúde sexual e reprodutiva	1.2.1. Adiamento do início da actividade sexual
		1.2.2. Redução do número de parceiros sexuais
		1.2.3. Consciencialização e prevençã das doenças de transmissão sexual (DTS)
		1.2.4. Promoção da divulgação da informação ao parceiro sobre DTS/HIV/SIDA
		1.2.5. Promover o uso consistente do preservativo
		1.2.6. Aumento da capacidade de negociação de sexo seguro
1.3. Saúde geral e aconselhamento nutricional para pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHS)		
1.4. Programas de IEC lo local de trabalho		
1.5. Uso de drogas e conhecimento dos seus efeitos na saúde		
2. Cuidados de saúde	2.1. Diagnóstico e tratamento das DTS	
	2.2. Tratamento e profilaxia das doenças oportunistas	
	2.3. Cuidados domiciliários em aspectos de saúde	
	2.4. Serviços ambulatoriais para atendimento de doentes com HIV/SIDA	
	2.5. Transmissã de mãe para filho	
	2.6. Aconselhamento e teste voluntário confidencial	
	2.7. Promoção da biosegurança e treinamento	
	2.8. Clínicas específicas para jovens	
	2.9. Albergue para doentes em fase terminal	
	2.10. Treinamento de provedores tradicionais (curandeiros) de saúde	
	2.11. Programas de saúde nos locais de trabalho	
	2.12. Sangue seguro	
	2.13. Aconselhamento sobre HIV/SIDA nas unidades sanitárias	
	2.14. Prestação de assistência ao domicílio	
	2.15. Atendimento de órfãos	
	2.16. Associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA	
	2.17. Apoio comunitário	
	2.18. Assistência jurídica	
	2.19. Conselho/Apoio sobre como levar uma vida positiva com HIV/SIDA	
	2.20. Conselho/Apoio psico-social	
	2.21. Mobilização comunitária	
	2.22. Actividades numa rede de parceiros	
	2.23. Programas não relacionados com sector saúde nos locais de trabalho	
	2.24. Suplemento nutricional ou apoio	
3. Redução do impacto	3.1. Actividades geradoras de fundos	
	3.2. Treinamento vocacional	
	3.3. Lei de trabalho	
	3.4. Lei das sucessões	
	3.5. Iniciativas para proteger os grupos vulneráveis	
4. Sistema de suporte	4.1. Formação	
	4.2. Formação de formadores	
	4.3. Desenvolvimento de curriculum	
	4.4. Reduçã de estigma	
	4.5. Influências culturais	
	4.6. Estudos do conhecimento, atitudes e práticas (CAP)	
	4.7. Estudos do comportamento	
	4.8. Levantamento das necessidades	
	4.9. Estudos sobre o impacto económico e social	
	4.10. Pesquisas operacionais	
	4.11. Vigilância de DTS, HIV, ou SIDA	
	4.12. Monitoria e avaliação	
5. Estrutura da CNCS	5.1. Despesas operacionais	
	5.2. Imobilizado	

Fonte: Unidade de Coordenação Financeira do SE-CNCS.

Tabela 3. Aplicações dos recursos financeiros disponibilizados através do SE-CNC

Áreas	Variação 2003/2002	Percentagem do Total	
		2002	2003
Área: 01 - Prevenção	-52.0	14.9	6.0
Área: 02 - Cuidados de saúde	-18.6	4.7	5.7
Área: 03 - Redução do Impacto	-18.6	12.3	8.4
Área: 04 - Sistema de Suporte	4.1	29.7	25.8
Área: 05 - Estrutura do CNCS	68.4	38.5	54.2
Total	19.7	100.0	100.0

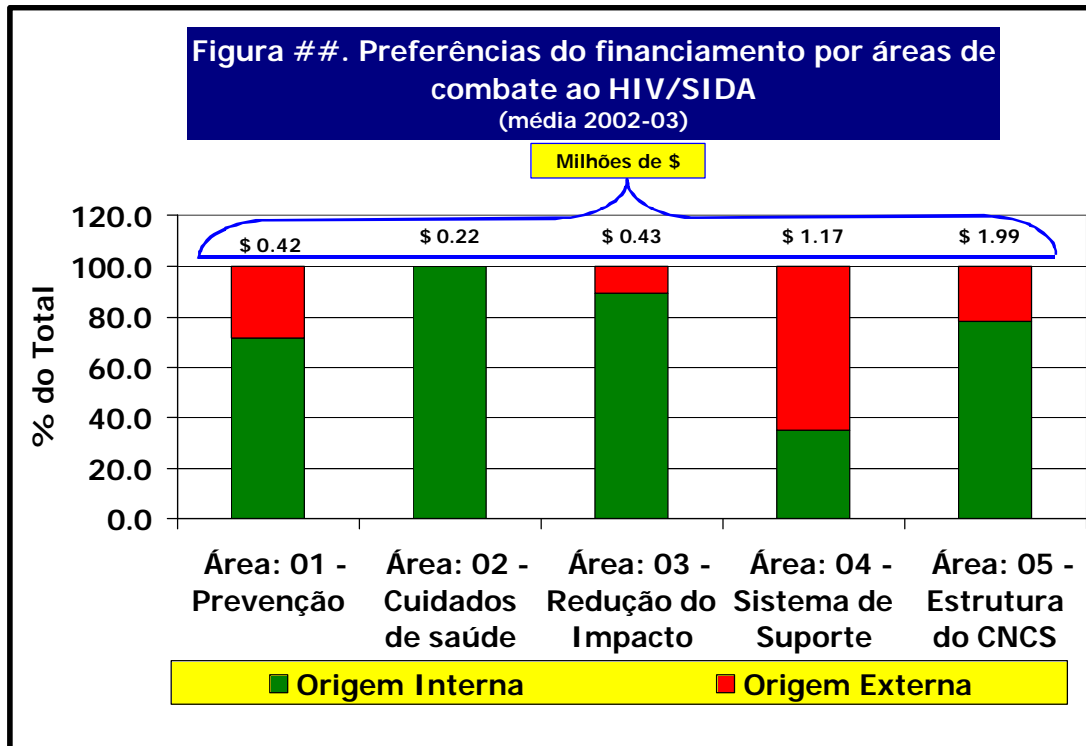
Fonte: Compilado a partir de dados fornecidos pela Unidade de Coordenação Financeira do SE-CNCS.

As três áreas mais importantes por compreenderem as iniciativas de intervenção mais directamente junto da população, nomeadamente as de Prevenção, Cuidados de Saúde, e Redução do Impacto, receberam no conjunto a porção mais pequena dos fundos destinados ao combate à epidemia do HIV/SIDA no país. Assim, em conjunto, estas três áreas receberam em 2002 somente 32% do total dos recursos destinados ao combate à epidemia, proporção essa que em 2003 baixou para 20%. Como agravante, nos últimos dois anos a tendência foi a de redução dos valores destinados a estas áreas de actividades. Com efeito, os recursos destinados qualquer uma delas diminuíram, sendo a área que mais sofre o corte a de prevenção que entre 2002 e 2003 viu os recursos a ela destinados baixarem em mais de metade.

A grande redução dos recursos destinados à área de Cuidados de Saúde está intimamente associada a dois factores. Um, é o facto de que esta área é financiada somente com recurso a fontes internas (OGE), que já canalizam uma boa parte do esforço orçamental do governo destinado aos cuidados sanitários através do Ministério da Saúde. Outro factor é o facto de no seu conjunto, e tal como se notou acima, os recursos totais de origem interna (OGE) canalizados a acções de combate ao HIV-SIDA por via do SE-CNCS terem diminuído em 2003. Este facto, está aparentemente associado às dificuldades n funcionamento do SE-CNCS.

Aplicações por áreas e de acordo com a origem dos fundos

Uma análise das aplicações por áreas e de acordo com as fontes dos recursos, revela que a concentração dos recursos na “Estrutura do CNCS” e “Sistema de suporte” está directamente associada à crescente preferência dos doadores e do Governo por estas áreas. Com efeito, enquanto em nenhum dos dois anos analisados foram alocados recursos financeiros de origem externa para área de “Cuidados de Saúde”, e o mesmo tenha acontecido em 2003 em relação área de redução do impacto, os recursos externos alocados ao “Sistema de Suporte” (formação e estudos) mais do que triplicaram (de \$0.33 para \$1.89 milhões), o mesmo tendo acontecido aos alocados à “Estrutura do CNCS (de \$0.20 para pouco mais de \$0.75 milhões). Por outro lado, o governo também deu primazia ao financiamento da “Estrutura do CNCS”, que em média absorveu no total cerca de \$2.0 por ano entre 2002 e 2003, ou seja, mais do que o conjunto das três áreas de “Prevenção”, “Cuidados de Saúde”, e “Redução de Impacto”.



Balanco

Apesar do grande aumento na totalidade dos recursos disponibilizados ao SE-CNCS que, como se notou acima subiram de \$4.02 para \$7.66 milhões em 2002 e 2003 respectivamente, a parte desses recursos que foi efectivamente utilizada no financiamento às iniciativas não aumentou comensuravelmente. Com efeito, enquanto os recursos financeiros disponibilizados através das várias fontes aumentaram em 90%, as aplicações aumentaram em somente 20%. Assim, cerca de 40% dos recursos financeiros totais disponibilizados em 2003 ficaram por serem utilizados, totalizando \$3.05 milhões.

Tabela 2: Balanço das origens e aplicações de fundos do SE-CNCS

Balanço por origens	2002		2003		Variação 2003/2002	2002	2003
	Em 000 M	Em USD	Em 000 MT	Em USD	Em %	Porcentagem do Total	
Origem Interna	66,667	2,874	375,602	15,650	444.6	1.8%	0.5%
Origem Externa	3,662,445	157,864	72,714,334	3,029,764	1819.2	98.2%	99.5%
Total	3,729,112	160,738	73,089,936	3,045,414	1794.6	100.0%	100.0%
Aplicações/Origens (em %):							
Origem Interna	99.9%		99.4%		-	-	-
Origem Externa	84.2%		39.8%		-	-	-
Total	96.0%		60.2%		-	-	-
Memo:							
Taxas de câmbio	23,200		24,000		-	-	-

Fonte: Compilado a partir de dados fornecidos pelo SE-CNCS.

A sub-utilização dos recursos verifica-se principalmente em relação aos recursos disponibilizados pelo financiamento externo, e aparece associada a dois factores: de uma lado, uma aparente relutância dos doadores destes em autorizar o uso dos recursos disponibilizados na ausência no país de um plano estratégico e operacional coerente para o combate à epidemia. De outro lado, as dificuldades de natureza burocrático-administrativa impostas pelos próprios doadores para a utilização desses fundos. Os dois factores de facto se combinam para agravar a situação, na medida em que sem planos coerentes negociados com a comunidade doadora, as autoridades nacionais também ficam sem o poder de negociação para o relaxamento dos critérios e mecanismos de desembolso dos fundos já alocados ao país pela

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – I Parte: Análise de Situação

comunidade internacional (sobre os aspectos relacionados com o sistema de gestão e mecanismos de desembolso de fundos alocados por via do SE-CNCS, (veja-se mais adiante, na pág.).

V. Lista de Referências Bibliográficas

- 1 SCHWALBACH, João: Circular nº 85/INS/86 sobre Síndrome de Imuno-Deficiência Adquirida (SIDA). Maputo, Ministério da Saúde , 26/08/1986.
- 2 WHO: Workshop on AIDS in Central Africa, Bangui, Central African Republic, 22 to 25 October 1985 - WHO/CDS/AIDS/85.1 (Unpublished). Geneva, World Health Organization, 1985.
- 3 WHO: Resolução WHA39.29 sobre: Acquired immunodeficiency syndrome. Genebra, 39ª Assembleia Mundial da Saúde, 16 de Maio de 1986.
- 4 WHO: Resolução WHA40.26 sobre: Global strategy for the prevention and control of AIDS. Genebra, 40ª Assembleia Mundial da Saúde, 15 de Maio de 1987.
- 5 SCHWALBACH, João e FERNANDES, António: O Sida em Moçambique in Acção SIDA. Londres. AHRTAG, Dezembro de 1989.
- 6 VAZ, Fernando: Despacho Ministerial para a criação da Comissão Nacional de Combate ao SIDA. Maputo, Ministério da Saúde, 24/02/1988.
- 7 SAIFODINE, A., MBOFANA, F. e BRITO, F.: Conhecimentos, Atitudes e Comportamentos de Estudantes Universitários em Relação ao SIDA. Maputo, Revista Médica de Moçambique, Vol. 5, Suplemento 2, Dezembro de 1994 (dedicado às IX Jornadas de Saúde, 13 – 16 de Dezembro de 1994).
- 8 SAIFODINE, A., BRITO, F., e MBOFANA, F.: Impacto de um Programa de intervenção em DTS/SIDA, na Universidade Eduardo Mondlane Moçambique. Maputo, Revista Médica de Moçambique, Vol. 7 (1 e 2), Suplemento 1, Setembro de 1997 (dedicado às X Jornadas de Saúde e I Congresso Luso-Moçambicano de Infecçologia, 08 – 12 de Setembro de 1997).
- 9 GRUPO MULTISECTORIAL DE PLANIFICAÇÃO: Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA 2000-2002. Maputo, Conselho de Ministros da República de Moçambique, 29/02/2000.
- 10 CONSELHO DE MINISTROS DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE: Decreto do nº 10/2000 de 23 de Maio, que cria o Conselho Nacional de Combate ao Sida (CNCS). Maputo, Conselho de Ministros, Boletim da República, I Série, nº 21, 23/05/2000.
- 11 UNFPA: Glossary of Terms used in Reproductive Health. WEB page: www.unfpa.org.
- 12 IPPF: Glossary of Terms used in Reproductive Health. WEB page: www.glossary.ippf.org/GlossartBrowser.aspx.
- 13 MARTINS, Helder F. B.: apontamentos de estatística sanitária e hospitalar. Maputo, edição do autor, 1985.
- 14 WHO: Managerial Process for National Health Development. Genebra, WHO, "Health for All" Series nº 5, 1981.
- 15 OMS: Glossário de termos usados na Série "Saúde para Todos". Genebra, OMS, 1984.
- 16 CONSELHO DE MINISTROS DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE: Plano Nacional de Redução da Pobreza Absoluta, 2001-2005 (PARPA), Conselho de Ministros, Maputo, Abril de 2001.
- 17 CONSELHO DE MINISTROS DA REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE: Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, Conselho de Ministros, Maputo, 1998.
- 18 MARTINS, Helder: Proposta da «Componente Estratégica dum Plano de Desenvolvimento Nutricional em Moçambique» - Relatório de Consultoria. Maputo, Ministério da Saúde e Helen Keller International, 21 de Janeiro de 2004.
- 19 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO: Estatísticas da Educação: Levantamento Escolar de 2003. Maputo, Julho de 2003.
- 20 MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE: Manual de Vigilância Epidemiológica do HIV & Sífilis nas Mulheres Grávidas. Gabinete de Epidemiologia e Grandes Endemias – PNC DTS/SIDA, Maputo, 2001.
- 21 BARRETO, Avertino, GUJRAL, Lorna e MATOS, Carla: Manual de Vigilância Epidemiológica para o Nível Distrital - Normas e Instrumentos para a Notificação das Doenças Transmissíveis em Moçambique. Gabinete de Epidemiologia e Grandes Endemias, Maputo, 2002.
- 22 SAUTE, Francisco: Comunicação Pessoal. Maputo, 14/04/2004.
- 23 GRUPO TÉCNICO MULTISECTORIAL DE APOIO À LUTA CONTRA O HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE: Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV- Ronda 2001. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique, Maputo, Novembro de 2002.

- 24 GRUPO TÉCNICO MULTISECTORIAL DE APOIO À LUTA CONTRA O HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE: Relatório Sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV- Ronda 2002. Grupo Técnico Multisectorial de Apoio à Luta Contra o HIV/SIDA em Moçambique, Maputo, Novembro de 2003.
- 25 BARRETO, Avertino e al: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, Instituto Nacional de Estatística, Ministério da Saúde, Ministério do Plano e Finanças, Centro de Estudos da População da Universidade Eduardo Mondlane, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, Faculdade de Medicina e Ministério da Educação, "Na Imprensa" 2004.
- 26 ARNALDO, Carlos e FRANCISCO, António: As Características Sócio-Económicas dos Distritos com Postos de Vigilância Epidemiológica do HIV/SIDA e sua Influência na Taxa de Prevalência do HIV em Moçambique. Centro de Estudos de População - Faculdade de Letras - Universidade Eduardo Mondlane. Maputo, Abril de 2004.
- 27 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. II Recenseamento Geral da População e Habitação, Moçambique, 1997. Maputo, Instituto Nacional de Estatística, 1998.
- 28 WANDERER, Z. & RADELL, D: How big is big. The book of sexual measurements. New York: Bell Publishing Co. ISBN: 0517490064, 1986.
- 29 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - MACRO INTERNACIONAL INC. - DHS PROGRAM. Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique, 2003. Instituto Nacional de Estatística - Macro Internacional Inc. - DHS Program. "em preparação" 2004.
- 30 KIRKWOOD, Betty: Essentials of Medical Statistics. Blackwell Science Ltd.London: WC1 2BL. 1988.
- 31 MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE: Relatório Anual do Serviço de Aconselhamento e Testagem Voluntária do HIV nos GATVs, no ano 2003, em Moçambique. Maputo, Gabinete de Epidemiologia e Grandes Endemias – PNC DTS/SIDA, 2004.
- 32 COELHO, Elisabeth: Comunicação Pessoal. Maputo, 13/04/2004.
- 33 OMS/UNICEF/FNUAP: Declaração conjunta sobre o uso de seringas auto-destrutivas, WHO/V&B/99.25.
- 34 WHO: Best infection control practices for intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (7);491-500.
- 35 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Avaliação da Segurança de Injecções. Relatório preliminar 3 de Março a 2 de Abril de 2004.
- 36 XXVI CONSELHO NACIONAL COORDENADOR DE SAÚDE: Plano Estratégico do Sector Saúde, 2001-2005-(2010). Ministério da Saúde, Maputo, Maio/Junho de 2001.
- 37 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Nacional para Reforço da Segurança das Injecções e a Eliminação do lixo dentro das Actividades do Programa Nacional de Vacinação. Maputo, 2002-2004.
- 38 BELL, D. M.: Occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers: an overview. Am J Med 1997;102(suppl 5B):9-15.
- 39 TOKARS J. I, MARCUS R., CULVER, D. H, et al.: Surveillance of HIV infection and zidovudine use among health care workers after occupational exposure to HIV infected blood. Ann Intern Med 1993;118:913-9.
- 40 IPPOLITO G., PURO V., DE CARLI, G.: The italian study group on occupational risk of HIV infection. The risk of occupational risk of human immunodeficiency virus infection in healthcare workers. Arch Intern Med 1993;153:1451-8.
- 41 CDC. Public Health Service Guidelines for the Management of Health-Care Worker Exposures to HIV and Recommendations for Postexposure Prophylaxis. MMWR1998;47(suppl no.7)
- 42 BLAUVELT, Andrew: The role of skin dendritic cells in the initiation of human immunodeficiency virus infection. Am J Med 1997;102(5B):16-20.
- 43 MINISTÉRIO DA SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DTS/SIDA: Guia para a Prevenção dos Profissionais da Saúde sobre Acidentes por Exposição ao HIV. Maputo, Dezembro-2002.
- 44 BELL, D. M., GERBERDING, L. J.: Human Immunodeficiency virus (HIV) postexposure management of Healthcare workers. Am J Med 1997;102(5B).
- 45 CONSELHO DE MINISTROS: Decreto nº14/1988 de 30 de Novembro. Maputo, Boletim da República nº 48, I Série, 1988- Suplemento.
- 46 MINISTÉRIO DA SAÚDE-NATIONAL BLOOD TRANSFUSION PROGRAM. Rapid Strengthening of Blood Transfusion Services in Mozambique. Maputo, Ministério da Saúde, 23 de Fevereiro de 2004.
- 47 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Estratégico Nacional de Combate a ITS/HIV/SIDA do Sector Saúde 2004 – 2008. Maputo, MISAU, Abril de 2004.

- 48 **MINISTÉRIO DA SAÚDE: Relatório Anual do programa de Transfusão de Sangue 2003** Maputo, Ministério da Saúde, 2004
- 49 **MATOS, Carla Silva: Factores de risco para a infecção pelo vírus da hepatite C.** Porto, Tese de Mestrado, 2001.
- 50 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLO DAS DTS/SIDA.** Guia para o Tratamento e Controlo das DTS: Níveis Terciário e Quaternário. MISAU, Maputo, 2001.
- 51 **UNAIDS: National AIDS Programmes: A Guide to Monitoring and Evaluation.** Genebra, ONUSIDA, Junho de 2000.
- 52 **HEALTH RESEARCH FOR ACTION.** Auditoria Técnica ao Projecto 6.ACP, Programa de Apoio da EU ao PNC-DTS/SIDA. Relatório de Avaliação, 1ºdraft, Maputo, União Europeia, Novembro de 2000.
- 53 **NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE SOFALA: Relatório para o PCNS II.** Beira, NPCCS de Sofala, Maio de 2004.
- 54 **NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE INHAMBANE: Relatório para o PCNS II.** Inhambane, NPCCS de Inhambane, 19 de Abril de 2004.
- 55 **NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE CABO DELGADO: Relatório para o PCNS II.** Pemba, NPCCS de Cabo Delgado, 14 de Abril de 2004.
- 56 **NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE NIASSA: Relatório para o PCNS II.** Lichinga, NPCCS de Niassa, 15 de Abril de 2004.
- 57 **NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE NAMPULA: Relatório para o PCNS II.** Nampula, NPCCS de Nampula, Abril de 2004.
- 58 **MINISTÉRIO DA SAÚDE - DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DAS DTS/SIDA: Guia para o Tratamento e Contolo das DTSS (Níveis Terceário e quaternário).** Maputo, MISAU, 1999.
- 59 **NHATAVE, Isabel: Comunicação Oral.** Maputo, Maio de 2004
- 60 **GODELIER, Maurice: "As mulheres e o poder político"** in *As mulheres e a História*, Anais. Lisboa, Publicações Dom Quixote, 1995
- 61 **MISAU - GABINETE DE ESTUDOS DA MEDICINA TRADICIONAL: Crenças e Práticas Tradicionais relativas às Doenças Diarreicas e às DTS/SIDA em Inhambane.** Maputo, MISAU, 1994.
- 62 **HONWANA, Alcinda Manuel: Espíritos Vivos, Tradições Modernas: Possessão de Espíritos e Reintegração Social pós-guerra no Sul de Moçambique.** Maputo, Promedia, 2002.
- 63 **NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DA ZAMBÉZIA: Relatório para o PCNS II.** Quelimane, NPCCS da Zambézia, Abril de 2004.
- 64 **INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Adolescentes e Jovens.** Maputo, INE, 2001.
- 65 **GUJRAL, Lorna et al: Relatório de Quantificação dos indicadores de prevenção do HIV/SIDA nos jovens, nas Províncias do centro Maputo Cidade e Província, rondas 2000 e 2002,** Maputo, MISAU, 2003.
- 66 **BRITO, Frederico, MBOFANA, Francisco, SAIFODINE Abuchama: Impacto das actividades do grupo de activistas anti-SIDA/DTS.** Maputo, UEM-GASD, 1996.
- 67 **VAZ, Angelina: Conhecimentos, Atitudes e Práticas sobre HIV/DTS dos estudantes dos Institutos de Ciências de Saúde e Centros de Formação.** Maputo, MISAU-DNS, 2000.
- 68 **SANTOS, Balbina, ARTHUR, Maria José: CAP entre os jovens escolares, as DTS, A SIDA, a vida sexual e afectiva.** Maputo, MISAU-PNC DTS/SIDA, 1993.
- 69 **MISAU-INS, RESP, DPS Zambézia: Inquérito CAP DTS/SIDA em adolescentes e adultos em idade reprodutiva em Maganja da Costa, Milange, Mocuba, Morrumbala, Namarrói e Quelimane.** Maputo, MISAU, 1996.
- 70 **TAIMO, Nélia: Estudo CAP, pesquisa qualitativa sobre Saúde Reprodutiva dos adolescentes dos 13 anos aos 18 anos nos Distritos de Mocuba e Quelimane.** Maputo, Instituto de Comunicação Social, 1999.
- 71 **PACULE, Ermeganda: Inquérito CAP sobre DTS/SIDA a nível de 3 centros internatos.** Maputo, MISAU-PNC/DTS/SIDA, 2000.
- 72 **KARLYN, Andrew e MUSSÀ Fátima: Estudo Qualitativo com grupos de alto risco: EQUAR: Jovens dentro e fora da escola da cidade do Maputo,** PSI, 2000.
- 73 **DEC, AMODEFA, MISAU-SEA, MJDS-DNAJ: Estudo CAP nas escolas: Conhecimentos, Atitudes, Práticas e comportamentos em Saúde sexual e reprodutiva numa era de SIDA.** Maputo, DEC, AMODEFA, MISAU e MJD, 1998.
- 74 **ICS, SAVE THE CHILDREN FUND :Pesquisa sobre vulnerabilidade das crianças às DTS, HIV e SIDA da Província da Zambézia.** Maputo, ICS e Save The Children Fund (UK), 1999.

- 75 CHICUECUE, Noel et al :Avaliação do projecto de IEC sobre HIV/DTS nas escolas e comunidades da CVM. Maputo, Cruz Vermelha de Moçambique, 1998.
- 76 OMONDI, Lucas, MBOFANA Francisco, OLUPONA Omo: Corridor of Hope HIV/AIDS Control Project, Baseline Behavioural survey report. Maputo, DFID-World Vision, 2003
- 77 OLUPONA, Omo: HIV/AIDS Situation Analysis in Rural Mozambique. Maputo, World Vision, 2003
- 78 SAÚTE, Francisco, GASPAS Felisbela: The South HIV/AIDS Control Project, baseline survey report. . Maputo, Pfizer Foundation, 2003.
- 79 FERRÃO Francisco et al: Estudo sobre conhecimentos atitudes e práticas, Tete, MISAU, 1992.
- 80 ONE WORLD UNIVERSITY: Avaliação do programa TCE em Boane –Matola. Maputo, OWU, 2003.
- 81 KARYLIN, Andrew, MONJANE, Paula: Inquérito Populacional sobre conhecimentos, atitudes, práticas e comportamentos. Maputo, PSI, 1998.
- 82 MISAU-DNS-INS, DANIDA, DPS Tete: Estudo baseline sobre HIV/SIDA na Província de Tete, . Maputo, MISAU e DANIDA, 2003 (Relatório preliminar).
- 83 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA - MACRO INTERNACIONAL INC. - DHS PROGRAM: Inquérito Demográfico e de Saúde, 1997. Maputo, Instituto Nacional de Estatística - Macro Internacional Inc. - DHS Program, 1998.
- 84 POPULATION SERVICES INTERNATIONAL (PSI): Inquérito Nacional sobre a prevenção do SIDA comportamento sexual e uso do preservativo. . Maputo, PSI, 2002
- 85 OMES: Conhecimentos , atitudes e práticas das trabalhadoras do sexo e dos seus clientes na cidade de Chimoio . Maputo, OMES, 2001
- 86 RAMIREZ, Lucy: Conhecimentos, atitudes e práticas das trabalhadoras de sexo e dos seus clientes na cidade da Beira: Maputo, Revista Médica de Moçambique ,vol.8 1-2, 2003.
- 87 VAZ, Rui et al:The effects of peer education on STD and AIDS Knowledge among prisoners in Mozambique. . Maputo, www.aegis.com, 1996.
- 88 GERITO, Augusto, NALÁ Rassul , MARLENE, Rosa: Avaliação das condições que constituem factores de risco por infecção de HIV/SIDA em prisioneiros da Cadeia Central da Machava e Centro de Reclusão Feminina de N'Dlavela. Maputo, Ministério da Justiça, 2002.
- 89 CHALUFO et al.: Pesquisa sobre o painel fotográfico dirigido aos camionistas para prevenção das DTS/SIDA, . Maputo, MISAU-DNS, 1998.
- 90 MANJATE, Rosa et al : CAP de DTS em mulheres de risco em Maputo: Maputo, Revista Médica de Moçambique, suplemento 1, 1997.
- 91 BLACK , Jim et al.: CAP dos camionistas de longo curso, em relação ao SIDA na Província de Manica. . Maputo, UEM-Fac. Medicina, 1995.
- 92 FUMANE, João et al.: Estudo sobre conhecimentos , atitudes e práticas dos praticantes de medicina tradicional em relação ao HIV/SIDA nas províncias de Maputo e Gaza. . Maputo, MISAU-INS, 2003
- 93 GASPAS, Felisbela et al.: Conhecimentos atitudes e práticas das parteiras tradicionais sobre as doenças de transmissão sexual incluindo SIDA na província de Niassa. . Maputo, MISAU-INS, 1999.
- 94 ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS – SESSÃO ESPECIAL: Declaração de Compromisso sobre HIV/SIDA. Nova Iorque, Nações Unidas, 2001.
- 95 ONUSIDA: actualização técnica: Colecção boas práticas da ONUSIDA: As prisões e HIV/SIDA. Genebra, ONUSIDA, 2001.
- 96 GOMES, Laura: Comunicação pessoal. Maputo, Abril de 2004.
- 97 INDE: Página WEB: www.inde.gov.mz/gtsida.php.
- 98 ONUSIDA: Página Web: www.unaids.org.
- 99 CASIMIRO Isabel, *at al*: FDC - PROJECTO KHLUVUKA: Estudo de Base. Maputo, CEA/UEM, 2002.
- 100 CASIMIRO, Isabel. Impacto sócio-económico do HIV/SIDA nos agregados familiares das cidades de Maputo e Quelimane: um estudo numa perspectiva de género, CEA/MMCAS, Maputo, 2001.
- 101 OUEDRAOGO, Woumia. S.: Modification of Affective Ties and HIV/Infection: A Sociological Study of the Spread of HIV/Infection in African Societies. *In* CODESRIA Bulletin Numbers 2, 3 and 4, 2003.
- 102 MARLENE, Rosa at tal. A Situação do HIV/SIDA nas Prisões. Maputo, MISAU/MJUS/PNUD, Fevereiro de 2002.
- 103 BAGNOL, Brigitte. Diagnóstico do Abuso Sexual e Exploração Sexual de Crianças em Maputo e Nampula. Maputo, Embaixada do Reino dos Países Baixos, 1997.
- 104 DE GRAÇA, Florence: HIV/AIDS Prevention and Care in Mozambique: a Sociocultural Approach. Maputo, Literature and Institutional Assessment, UNESCO, 2002.

- 105 WLSA-MOZ: Género HIV/SIDA e Lei: Proposta para a V Fase do Projecto, Maputo, manuscrito, 2002.
- 106 LOFORTE, Ana Maria: Práticas Culturais em Relação à Sexualidade e Representações sobre Saúde e Doença. Maputo, Centro de Estudos de População da Faculdade de Letras da Universidade Eduardo Mondlane, Dezembro de 2003.
- 107 SANTOS, Balbina e ARTUR, Maria José: Comportamento, Atitudes e Práticas entre os Jovens escolares. Maputo, MISAU, 1993.
- 108 NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DE GAZA: Relatório para o PCNS II: Xai-Xai, NPCS de Gaza, Maio de 2004.
- 109 BAGNOL, Brigitte e CHAMO, Ernesto. Como Entender o Fenómeno dos "Titios" e "Pisa-Paga" em Pebane e Quelimane. Apresentado no Seminário de Setembro 2003 organizado pela PGM/ DFID em Quelimane, Agosto de 2003 (Draft).
- 110 GABINETE CENTRAL DE COMBATE À DROGA: Relatório Anual Sobre a Evolução do Tráfico e Consumo Ilícito de Drogas, Registado no País no Ano de 2003, Maputo, Gabinete Central de Combate à Droga, 2004.
- 111 ONUSIDA: Consumo de Drogas e HIV/SIDA. Genebra, ONUSIDA 99.15., Coleção Boas Práticas, Março de 1999.
- 112 MINISTÉRIO DO PLANO E FINANÇAS, IFPRI, e UNIVERSIDADE DE PURDUE (2004): Pobreza e Bem-Estar em Moçambique: Segunda Avaliação Nacional, Maputo, Ministério do Plano e Finanças, 2004.
- 113 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: Inquérito aos Agregados Familiares sobre o Orçamento familiar -- IAF 2003. Maputo, INE, 2004.
- 114 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE): Questionário de Indicadores Básicos de Bem-Estar (QUIBB 2001) – Relatório Final. INE, Maputo, 2002.
- 115 ESPEUT, Donna, FIDALGO, M. L., ISMAEL, C. H. S., JOHNSON, R. e MUKURIA, A.: Estado Nutricional e de Saúde das Crianças e Mães em Moçambique – Conclusões do Inquérito Demográfico e de Saúde em Moçambique em 1997. Macro International, Calverton, Maryland, 2001.
- 116 SHRIMPSON, Roger: Um Plano Estratégico para a Nutrição em Moçambique. Helen Keller International, Maputo, Fevereiro de 2002.
- 117 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO – DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO: Estatísticas da Educação: Aproveitamento Escolar de 2003. Maputo, Abril de 2003.
- 118 MESCT: MINISTÉRIO DO ENSINO SUPERIOR CIÊNCIA E TECNOLOGIA: Indicadores de Ciência e Tecnologia em Moçambique. Maputo, MESCT, 2003.
- 119 CNCS: Página da WEB: www.cncs.org.mz
- 120 CONSELHO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA: Oportunidades Disponíveis no CNCS para Viabilizar a Resposta Nacional ao HIV/SIDA. Maputo, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, Banco Mundial e Fundo Comum de Combate ao SIDA, Sem data.
- 121 CNCS: Encontro com representantes de Agências de Publicidade. Maputo, 5 de Abril de 2004.
- 122 GUMUCIO-DAGRON, Alfonso: Communication and Information Strategy(Draft). Maputo, CNCS, 2003.
- 123 MAHOMED, Aida: Comunicação pessoal. Maputo, 20 de Abril de 2004.
- 124 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO: Estratégia Nacional de Comunicação. Maputo, Ministério da Educação, 2004.
- 125 MINISTÉRIO DA JUVENTUDE E DESPORTOS – DIRECÇÃO DE PLANIFICAÇÃO: Plano operacional HIV/SIDA POSIDA (2001-2003). Maputo, Ministério da Juventude e Desportos, 2000
- 126 FDC: Relatório do Programa Alô Vida. Maputo, FDC, 2004.
- 127 COELHO, Domingos: Comunicação Pessoal de dados do Centro de Abastecimentos do MISAU, Maputo, 29 de Abril de 2004.
- 128 SMITH, Brian: Comunicação pessoal. Maputo, 11 de Maio de 2004.
- 129 PSI: Quartely Progress Report n.4, Maputo, PSI, October-December 2003.
- 130 GERAÇÃO BIZ: MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Programa de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DTS/SIDA para jovens e adolescentes: Parceria Antiga, Novos Desafios: o Programa no MINED. Maputo, MINED, 2003.
- 131 GERAÇÃO BIZ: MINISTÉRIO DA JUVENTUDE E DESPORTOS. Programa de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DTS/SIDA para jovens e adolescentes. O Percurso rumo a multisectorialidade: Uma resposta pioneira na prevenção do HIV/SIDA entre os Adolescentes e Jovens. Maputo, MJD, 2003.

- 132 GERAÇÃO BIZ: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DTS/SIDA para jovens e adolescentes. Acesso e Qualidade a Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens: desafios. Maputo, MISAU, 2003.
- 133 MINISTÉRIO DA SAÚDE, Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens- Lista dos SAAJs, Maputo, MISAU, 2003
- 134 GERAÇÃO BIZ. PROVÍNCIA DO MAPUTO. Programa de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DTS/SIDA para jovens e adolescentes: O Início do Programa na Província: segunda fase de expansão do Geração Biz. Cidade da Matola, 2003.
- 135 GERAÇÃO BIZ. PROVÍNCIA DA ZAMBÉZIA. Programa de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DTS/SIDA para jovens e adolescentes: O Início do Programa na Província: Primeira fase do Geração Biz. Quelimane, DPJD da Zambézia, 2003.
- 136 HOSPITAL CENTRAL DO MAPUTO. Serviço Amigo do Adolescente e do Jovem: Uma experiência em Moçambique, Maputo, HCM, 2003.
- 137 GERAÇÃO BIZ. PROVÍNCIA DE GAZA. Programa de saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DTS/SIDA para jovens e adolescentes: O Início do Programa na Província: Segunda fase de expansão do Geração Biz. Cidade da Matola, DPJD de Gaza, 2003.
- 138 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Diploma Ministerial nº 183-A/2001: Aprova as Normas de Organização do Serviço Nacional de Saúde para Atendimento e Tratamento de Pessoas Vivendo com HIV/SIDA e os Princípios Orientadores para o Tratamento de Doentes com Infecção pelo HIV/SIDA e os respectivos Guias Técnicos. Maputo, Boletim da República, No 50/2001, I Série, 18 de Dezembro de 2001.
- 139 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Despacho: Autoriza a circulação no país, dos medicamentos anti-retrovirais incluídos nos esquemas terapêuticos aprovados pelo Diploma Ministerial nº 183-A/2001. Maputo, Boletim da República, No 16/2002, I Série, 17 de Abril de 2002.
- 140 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Guia Para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV. Maputo, Ministério da Saúde, Dezembro de 2002.
- 141 MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE: Relatório Anual de Actividades do Programa de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV em Moçambique, 2003. Maputo, Departamento de Saúde da Comunidade, Abril 2004.
- 142 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: Projecções Anuais de população por Província e Área de Residência: 1997 – 2010. Maputo, INE, 1998
- 143 QUIVE, Samuel e MATINGANE, José: Informação Resposta ao “Processo de Elaboração da Componente Estratégica do Novo Plano Nacional Multisectorial de Combate ao HIV/SIDA” do CNCS-SE. Maputo Cidade, NPCS dea Cidade de Maputo, Abril de 2004.
- 144 NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DA PROVÍNCIA DE MAPUTO: Relatório para o PCNS II- Matola, NPCS da Província de Maputo, Maio de 2004.
- 145 NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DA PROVÍNCIA DE TETE: Relatório anual de Janeiro a Dezembro de 2003. Tete, Núcleo Provincial de Tete, Sem data.
- 146 NÚCLEO PROVINCIAL DE COMBATE AO HIV/SIDA DA PROVÍNCIA DE MANICA: Relatório para o PCNS II: Chimoio, NPCS da Província de Manica, Maio de 2004.
- 147 MACOME, Atália: Comunicação Pessoal. Maputo, 9/04/2004.
- 148 NATIONAL CATHOLIC AIDS NETWORK: What does the Church say About HIV/AIDS? In Página da web: www.ncan.org/resources/church_say.html.
- 149 CNCS: Debate Público sobre Prevenção do HIV/SIDA: Fidelidade, Abstinência e Uso do Preservativo. Maputo, 18, 19 e 20 de Maio de 2004.
- 150 REDE CRISTÃ CONTRA O HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE: in Página da web: www.rchs.org.mz
- 151 Church-based responses to HIV and AIDS in three Southern African Countries: South Africa, Namibia, Mozambique in Página da Web: www.e-alliance.ch/resources/documents/pdf/SFHBook16sample.pdf
- 152 MOVIMENTO JUSTA PAZ: O Cristão e o SIDA: Uma reflexão bíblico-teológica face aos desafios do HIV/SIDA. Maputo, Movimento Justa Paz, 2004
- 153 WORLD CONFERENCE FOR RELIGION AND PEACE (WCRP): Documentation Study on the Responses of Faith Based Organisations to Orphans and Other Vulnerable Children in Mozambique, UNICEF, Maputo, 2003.
- 154 KINDLIMUKA: Direitos Humanos e as pessoas que vivem com o HIV/SIDA em Moçambique: Projecto Advocacia em favor dos Direitos humanos das pessoas que vivem com o HIV/SIDA em Moçambique. Maputo, KINDLIMUKA, 2001.
- 155 FÓRUM «EMPRESÁRIOS CONTRA O SIDA»: Comunicação Pessoal. Maputo, 23 de Abril de 2004.

- 156 CNCS – SECRETARIADO EXECUTIVO: Dados do Sistema de Informação da Resposta Nacional (CRIS). Maputo, CNCS – SE, Maio de 2004.
- 157 MONASO: Comunicação Pessoal. Maputo, Junho de 2004.
- 158 MINISTÉRIO DA SAÚDE. Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, Maputo, 2000-2002
- 159 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Relatório Anual de 2003 dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária. MAPUTO, MISAU, Março de 2004.
- 160 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Aconselhamento e Testes Voluntários – ATV: Manual do Conselheiro e do Supervisor dos Gabinetes de ATV. Maputo, Programa de Controlo de DTS/HIV/SIDA, 2002.
- 161 CHIN, James: Control of Communicable Disease Manual, Seventeenth Edition. An official Report of the American Public Health association. American Public Health association. Washington DC, 2000.
- 162 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Guia Para o Tratamento das Infecções Oportunistas no Adulto Infectado por HIV e Profilaxia das Infecções Oportunistas. Maputo, Ministério da Saúde, Sem Data.
- 163 SAÚDE, Francisco: Comunicação Pessoal. Maputo, 30/05/2004.
- 164 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Cuidados Domiciliários para Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA: Guião DE Operacionalização Ligação Serviço Nacional de Saúde - Comunidade. Maputo, Ministério da Saúde, Dezembro de 2003.
- 165 MINISTÉRIO DA SAÚDE: Hospitais de Dia e Cuidados Ambulatoriais para Pessoas Vivendo com HIV/SIDA: Guião para a Organização e Gestão - Rascunho. Maputo, Ministério da Saúde, Março de 2004.
- 166 MINISTÉRIO DA SAÚDE – DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE: 3 By 5 Strategy - Preparatory meeting for the WHO mission, UNAIDS Conference Room, Maputo, 22 March, 2004.
- 167 BASTOS, Rui: Comunicação Pessoal. Maputo, 16/03/2004.
- 168 SAÚDE, Francisco: Comunicação Pessoal. Maputo, 6/05/2004.
- 169 BASTOS, Rui e Colaboradores: Comunicação Pessoal. Maputo, Abril de 2004.
- 170 TEIXEIRA, Helena, MIRANDA, António e MARTINS, Helder: Lições de Deontologia Médica. Lisboa, Faculdade de Medicina, 1957
- 171 COUNCIL FOR INTERNATIONAL ORGANIZATIONS OF MEDICAL SCIENCES-WHO: International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Humana Subjects. Geneva, 1993.
- 172 HARRISON, TR. et al.: Medicina Interna. Problemas Éticos na Prática Clínica, 14ª Edição, Volume I, pág.7-10, 1998.
- 173 OMS: Página Web: [www\who.int](http://www.who.int). Confidentiality
- 174 GOMES, Victor e BASTOS, Rui: Comunicação Oral.. Banco de Moçambique em Maputo, Maio de 2003.
- 175 FAO/WHO: Feeding hope: nutrition plays key role in HIV/AIDS care, Roma e Genebra, 25/02/2003.
- 176 ORR, Neil M.: Vida Positiva. Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA, Maputo, Segunda Edição Revista, sem data.
- 177 CASTLEMAN, T., SEUMO-FOSSO, E. e COGILL, B.: Food and Nutrition Implications of Antiretroviral Therapy in Resource Limited Settings. Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA), Technical Note nº 7, Agosto de 2003.
- 178 WHO: Nutrient Requirements for People Living with HIV/AIDS – Report of a technical consultation. WHO, Genebra, 13 a 15 de Maio de 2003.
- 179 PIWOZ, Ellen: Nutrient Requirements for People Living with HIV and AIDS -- Debriefing on WHO Recommendations and Next Steps. WHO, 26 de Novembro de 2003.
- 180 FOOD AND NUTRITION TECHNICAL ASSISTANCE (FANTA): Recommendations for the Nutrient Requirements for HIV-Infected Persons in Resource-Limited Settings. FANTA Technical Note, 4 de Dezembro de 2003.
- 181 FIDALGO, L., KHAN, S., ISMAEL, C. VAN STEIRTEGHEM, V., ASANTE, A. e ALY, H.: Guião de Orientação Nutricional para Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA – Dirigido aos Gestores de Programas. Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde – Repartição de Nutrição, Maputo, Junho de 2003.
- 182 DELCHEVALERIE, Pascale: HIV/AIDS and Nutrition. Médecins Sans Frontières (MSF), Maputo, Janeiro de 2002.
- 183 SELVESTER, Kerry: Comunicação pessoal, Maputo, 16/12/03.
- 184 BIOT, Marc: Comunicação pessoal, Maputo, 17/12/03.

- 185 WFP: Mozambique Country Program 2002-2006. Approved by the WFP Executive Board in October 2001.
- 186 DECHAUX, Delfine: Comunicação pessoal. Maputo, 8/01/04.
- 187 WORLD BANK – AFRICA REGIONAL OFFICE: Mozambique AIDS Response Project – Project Appraisal Document. Maputo, 10 de Março de 2003.
- 188 COLQUHOUN, Marcia: Comunicação pessoal. Maputo, Abril de 2004.
- 189 VICTOR, Birgit Westphal: Comunicação pessoal. Maputo, 24.4. 2004.
- 190 BOUMA, Esther: Comunicação pessoal. Maputo, Abril de 2004.
- 191 UNICEF: Multi-Sectoral Assessment of the Impact of the Humanitarian Situation on the Lives of Mozambican Children and Women, Maputo, Gaza, Inhambane, Manica, Sofala and Tete Provinces, Maputo, 2003.
- 192 MARTEL P. com a colaboração do Vulnerability Assessment Committee: Summary of the Additional Analysis of the Demographic, Nutrition and Health Findings – Multisectoral Assessment of the Impact of the Humanitarian Situation on the Lives of Mozambican Children and Women (Maputo, Gaza, Inhambane, Manica, Sofala and Tete Provinces). SETSAN e UNICEF, Maputo, Setembro de 2003.
- 193 ARTHUR, Domingos: Mecanismos, Organizações Institucionais e Comunitárias de atendimento de Órfãos: Estudo de caso das Províncias de Sofala e Manica. Handicap International, Beira, Outubro de 2002.
- 194 BRESLIN, Lindsey: When Someone is sick in the House, Poverty has Already Entered: A Research Study on Home Based Care, Morrumbala Centre, Zambézia Province, Mozambique. Save the Children- Norway, Moçambique, 2003.
- 195 MINISTÉRIO DA MULHER E COORDENAÇÃO DA ACÇÃO SOCIAL, Terre Des Hommes-Mocambique “Inquérito sobre crianças órfãs (0-15 anos de Idade) e sua situação nas comunidades”, Base de Dados da Província de Inhambane, Projecto de assistência sustentável baseada na comunidade para a criança em situação difícil, Maputo, Fevereiro, 2002.
- 196 MINISTÉRIO DA MULHER E COORDENAÇÃO DA ACÇÃO SOCIAL, Direcção Provincial da Mulher e Coordenação da Acção Social “Banco de Dados das Crianças Órfãs”, Sofala, 2003.
- 197 FUNDAÇÃO AFRICANA DE MEDICINA E PESQUISA: A Situação das Populações Infectadas e Afectadas pelo vírus HIV/SIDA e o desenvolvimento de Programas Sustentáveis: Estudos em Maxixe, Inharrime e Zavala –Província de Inhambane, Março 2002-2003, AMEREF-AS, DPS-I, NPC-S-I e Ford Foundation- ÁFRICA do Sul.
- 198 MINISTÉRIO DA JUSTIÇA/ MMCAS/ UTREL: Legal review for the care and protection of children in Mozambique, Community Law Centre, University of Western Cape, Maputo, Fevereiro, 2004.
- 199 WORLD CONFERENCE FOR RELIGION AND PEACE (WCRP): Documentation Study on the Responses of Faith Based Organisations to Orphans and Other Vulnerable Children in Mozambique, UNICEF, Maputo, 2003.
- 200 KIRKWOOD, Betty: Essentials of Medical Statistics. Blackwell Science Ltd.London: WC1 2BL. 1988
- 201 GWATKIN, D. R., RUSTEIN, S., JOHNSON, K., PANDE, R. e WAGSTAFF, A.: Socio-economic differences in health, nutrition, and population in Mozambique. HNP/Poverty Thematic Group of the World Bank. Washington DC, 2000.
- 202 MAGAUA, Mónica: Comunicação Pessoal de dados do INE. Maputo, 8/12/2003.
- 203 KHAN, S., TIAGO, A., IBRAHIMO, H., MIGUEL, A., JUNUSSO, N., FIDALGO, L., ISMAEL, C., MEERSCHOEK, S. e AGUAYO, V. M: Moçambique: Investir na Nutrição é reduzir a pobreza – Análise das Consequências dos Problemas Nutricionais nas Crianças e Mulheres. Ministério da Saúde – Direcção Nacional de Saúde – Repartição de Nutrição e Helen Keller International, Maputo, Fevereiro de 2004.
- 204 INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA: Mulheres e Homens em Moçambique. Maputo, Junho de 2003.
- 205 VERDE AZUL CONSULTORES, LDA: Determinação do Impacto do HIV/SIDA no Sector de Educação em Moçambique. Maputo, MINED, 2001.
- 206 UNAIDS AND THE OFFICE OF THE HIGH COMMISSIONER FOR HUMAN RIGHTS: HIV/AIDS and Human Rights: Internacional Guidelines. Genebra, UNAIDS, 1998 (HR/PUB/98/1)
- 207 KINDLIMUKA; Kubatana; Esperança de Quelimane: Algumas informações sobre a qualidade de vida das PVHS.
- 208 ASSOCIAÇÃO DOS DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO - DHD: Relatório sobre a situação dos direitos humanos em Moçambique. (01698/INLD/99).

- ²⁰⁹ ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA: Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro, que protege o direito ao trabalho, de combater o estigma e a discriminação de que são vítimas as PVHS e ainda que assegurar a confidencialidade do estatuto de seropositividade. Maputo, Boletim da República, 2002
- ²¹⁰ VAZ, R.G.; GLOYD, S.; FERNANDES, A.; NOYA, A. & KREISS, J.: Risk factors for Syphilis and HIV infection among prisoners in Maputo, Mozambique. Maputo, 1992.
- ²¹¹ UNIDADE DE COORDENAÇÃO FINANCEIRA DO SE-CNCS, Output do sistema de gestão financeira. Maputo, CNCS, Abril de 2004.



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE

CONSELHO DE MINISTROS

PLANO ESTRATÉGICO NACIONAL DE COMBATE AO HIV/SIDA

Parte II

Objectivos, Estratégias e Mecanismos de Avaliação



Maputo, Novembro 2004

I. Fixação de Objectivos e Estratégias

Introdução

A situação acabada de analisar exige medidas enérgicas para se conseguir melhorar os indicadores que foram descritos. É nessa perspectiva que se formulam os objectivos adiante enumerados. Todos os objectivos são formulados para um horizonte temporal de 5 anos, a partir da data de início de implementação do Plano, mas para os mais importantes, prevêem-se projecções da evolução desses objectivos para um horizonte temporal de 10 anos. Em muitos casos formularam-se também metas para o fim do primeiro ou do terceiro ano do início de implementação do Plano

Procurou-se ser o mais realista possível e formularam-se objectivos que se podem atingir, desde que se faça a necessária mobilização de recursos e de vontades para a concretização das metas fixadas, mas está-se claro que este processo exigirá muito esforço, muito trabalho, muito empenho, muita determinação e grande capacidade de persuasão.

Tanto quanto possível, os objectivos foram quantificados, tendo, de igual modo, sido fixadas as respectivas metas.

Os objectivos e as prioridades não constam de capítulos separados. Ao enunciar-se os objectivos gerais fez-se simultaneamente o enunciado do seu grau de prioridade. Depois, para cada objectivo geral enunciou-se e descreveram-se as estratégias propostas para se atingirem esses objectivos, indicando-se, também, sempre que foi achado conveniente, os constrangimentos que são previsíveis e as condições gerais que podem eventualmente condicionar o integral cumprimento do objectivo.

Também, no que respeita aos objectivos específicos, houve um grande esforço de quantificação e, aqui, para além das metas no horizonte temporal de 5 anos e, eventualmente, de 10 anos, houve igualmente necessidade, em muitos casos, de fixar metas intermediárias, ao fim de 1, 2, 3 ou 4 anos, conforme as circunstâncias. Sempre que para um mesmo objectivo geral tenham sido propostas várias estratégias, tentou-se indicar o grau de prioridade de cada uma delas.

Tanto na formulação de objectivos, como na escolha das estratégias que se propõem, procurou-se sempre tirar lições da análise de situação efectuada e das relações causais entre um certo número de factores e a probabilidade de facilitar a propagação da infecção pelo HIV/SIDA. Portanto, tanto a formulação de objectivos, como a escolha das estratégias decorrem das causas básicas, subjacentes e imediatas que foram identificadas para essa propagação.

Como a problemática do HIV/SIDA é, por excelência, um domínio multisectorial, fixaram-se responsabilidades para o CNCS e seus Núcleos provinciais, mas igualmente, para os diversos sectores, que participam neste combate.

A análise de Situação levou-nos a identificar 7 áreas prioritárias de intervenção tendo para cada um das quais fixado um Objectivo Geral, nomeadamente:

1. Área da Prevenção:

Objectivo Geral: Redução do número de novas infecções do nível actual de 500 por dia, para 350 em 5 anos e 150 em 10 anos.

2. Área da Advocacia:

Objectivo Geral: Transformar o combate ao HIV/SIDA numa urgência nacional.

3. Área do Estigma e Discriminação:

Objectivo Geral: Reduzir o Estigma e a Discriminação ligados ao HIV/SIDA.

4. Área do Tratamento:

Objectivo Geral: Prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e dos doentes de SIDA.

5. Área da Mitigação das Consequências:

Objectivo Geral: Reduzir as consequências do HIV/SIDA a nível dos indivíduos, das famílias, comunidades, empresas e ainda os impactos globais.

6. Área da Investigação:

Objectivo Geral: Aumentar o grau de conhecimento científico sobre o HIV/SIDA, suas consequências e as melhores práticas no seu combate.

7. Área da Coordenação da Resposta Nacional

Objectivo Geral: Reforço da capacidade de planificação e coordenação e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão de recursos.

Segue-se o desenvolvimento de cada uma destas áreas de actuação e as acções propostas para a consecução dos respectivos objectivos gerais.

Quadro I

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Prevenção		
OBJECTIVO GERAL: Redução do número de novas infecções do nível actual de 500 por dia, em adultos para 350 em 5 anos e 150 em 10 anos		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES*
1. Redução do número de infecções com HIV em particular no grupo etário 15-24 anos;	Desenvolver acções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) direccionadas especificamente para os diferentes extractos populacionais com a adequação das mensagens e dos veículos e fazendo uso de línguas moçambicanas	CNCS , MISAU, ONG's, Comunicação Social, GOV. PROV.
	Desenvolver acções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) direccionadas especificamente para grupos altamente vulneráveis, zonas de confronto rural/urbano, com a adequação das mensagens e dos veículos aos destinatários específicos	CNCS , Todos os Sectores, ONG's, Comunicação Social, GOV: PROV.
2. Aumento do nível geral de conhecimentos sobre HIV/SIDA e redução do diferencial de género que se verifica neste domínio;	Acelerar a introdução de conteúdos relacionados com o HIV/SIDA nos materiais educacionais em todos os níveis do sistema nacional de educação	SE-CNCS , MAE, MPF, CNCS (Conselho de Ministros)
	Incentivar a organização de actividades extra-curriculares dirigidas ao combate ao HIV/SIDA em todos os níveis do sistema nacional de educação.	MINED , ONG's, GOV. PROV.
3. Massificação das actividades de aconselhamento e testagem voluntária;	Melhorar a distribuição do preservativo explorando as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos; promoção do preservativo feminino e aumento da sua disponibilidade em locais de venda	MISAU, ONG's, SE-CNCS , SECTOR PÚBLICO, SECTOR PRIVADO,
	Melhorar os níveis de aceitação do preservativo induzindo a mudança nas atitudes particularmente nos jovens e sectores vulneráveis da população.	MISAU,
4. Aumento das taxas de utilização do preservativo;	Expandir a rede dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV's e SAAJ's)	MISAU, CNCS, ONG's
	Correcção dos desequilíbrios na cobertura nacional dos serviços de aconselhamento e testagem	MISAU ,
5. Aumento da percentagem de doentes com ITS e seus contactos tratados de acordo com o Protocolo Sindrómico;	Multiplicação das possibilidades de acesso a linhas telefónicas gratuitas de aconselhamento personalizado	TDM, ONG's, Redes de Telefonia Móvel
	Aproveitando as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos públicos e privados, criação de outro tipo de serviços de aconselhamento, fora das unidades sanitárias	CNCS , MISAU, ONG's, TODOS OS SECTORES
6. Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens;	Promover campanhas de sensibilização como forma de aumentar a consciencialização acerca da vulnerabilidade das crianças e quebrar os mitos e preconceitos associados ao estatuto das mulheres.	MMCAS , MCULT ONG's, GRUPOS DE TEATRO, Org. Comunitárias
	Reforço dos instrumentos legais de combate a violência sexual e doméstica	MMCAS, MJ , MINT, PROC. DA REPUBLICA
7. Redução da vulnerabilidade das mulheres à infecção por razões sócio-culturais e económicas;	Aumentar substancialmente o número de partos institucionais	MISAU
	Melhoramento da Biossegurança nas Unidades Sanitárias e Redução da possibilidade de contágio por transfusão sanguínea	MISAU , ONG's
8. Redução da transmissão vertical do HIV	Promoção de medidas de assépsia nas práticas e ritos tradicionais, nos "piercings", nas barbearias	MISAU , Ass. PMT, Conselhos Executivos
	Formação dos Praticantes de Medicina Tradicionais em Biossegurança.	MISAU
9. Redução da transmissão não sexual do HIV.		

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação de cada acção estratégica

1. Área da Prevenção

Na situação actual e na ausência duma vacina, podemos afirmar que a melhor forma de combate ao HIV/SIDA é a prevenção, sem que contudo se menosprezem esforços no que respeita ao tratamento e mitigação das consequências.

Recomendações internacionais na área de prevenção advogam uma acção combinada de várias intervenções: Programas visando a mudança de comportamento, como aconselhamento e testes voluntários e uso correcto e sistemático do preservativo, retardamento do início da actividade sexual, redução do número de parceiros e fidelidade, diagnóstico e tratamento das ITSs e programas dirigidos aos PVHS mostraram ser eficazes na redução de novas infecções.

No PEN 2005-2009, na área da Prevenção fixou-se o seguinte Objectivo Geral:

Objectivo Geral: Redução do número de novas infecções do nível actual de 500 por dia, em adultos para 350 em 5 anos e 150 em 10 anos.

Para atingir este Objectivo Geral de grande prioridade tornou-se necessário propor a combinação de 9 Objectivos Específicos, nomeadamente:

- ‡ **Redução do número de infecções com HIV em particular no grupo etário 15-24 anos;**
- ‡ **Aumento do nível geral de conhecimentos sobre HIV/SIDA e redução do diferencial de género que se verifica neste domínio;**
- ‡ **Massificação das actividades de aconselhamento e testagem voluntária;**
- ‡ **Aumento das taxas de utilização do preservativo;**
- ‡ **Aumento da percentagem de doentes com ITS e seus contactos tratados de acordo com o Protocolo Síndromico;**
- ‡ **Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens;**
- ‡ **Redução da vulnerabilidade das mulheres à infecção por razões sócio-culturais e económicas;**
- ‡ **Redução da transmissão vertical do HIV**
- ‡ **Redução da transmissão não sexual do HIV.**

Vejamos cada um destes Objectivos Específicos.

- **Redução do número de infecções com HIV em particular no grupo etário 15-24 anos**

A análise de situação mostrou que a velocidade de aquisição da infecção do HIV, neste grupo de idade, particularmente entre as mulheres, é muito grande e joga um papel decisivo na incidência do SIDA em idades mais tardias da coorte respectiva.

Coincidentemente, é também neste grupo populacional que reside o maior potencial de uso da prevalência para monitorizar a evolução da epidemia do HIV/SIDA, conforme a seguir se explica.

Até há uns anos atrás, a prevalência da infecção na população adulta vinha sendo um bom indicador da evolução da epidemia do HIV/SIDA. Contudo, este é um indicador cumulativo, pois tem em conta não só infecções recentes, mas igualmente infecções antigas. Por outro lado, esta situação poderá mudar com o tempo (quando um número significativo dos casos de SIDA estiver a receber o TARV e o TIO), pois, a duração média da infecção, deixará de ser constante e portanto a prevalência tenderá a aumentar como resultado do aumento da longevidade dos seropositivos. A prevalência do grupo etário dos 15 – 19 anos, pode ser um indicador indirecto da incidência. Pois, uma vez que a seropositividade neste grupo “não é” alimentada por um número significativo de infecções no grupo de idade anterior (10-14 anos).

Embora, a prevalência do HIV no grupo dos 20 – 24 anos também reflecta a sobrevivência dos seropositivos que contraíram o HIV no grupo quinquenal anterior (dos 15 – 19 anos), este grupo não pode ser excluído, pois nele ocorrem um grande número de novas infecções.

Metas

INDICADOR		Linha de base 2004	Meta do Quinquénio	Meta do Decénio
Prevalência do HIV nos jovens 15 – 19 por sexo	Total	5,4%	4%	2,5%
	Feminino	8,1%	6%	4%
	Masculino	2,6%	2%	1,3%
Prevalência do HIV nos jovens 20 - 24 anos	Total	13,9%	10%	7%
	Feminino	20,8%	15%	10,5%
	Masculino	6,9%	5%	3,5%

Estratégias

- Incentivar actividades extra-curriculares vocacionadas para o combate ao HIV/SIDA realizadas pelas instituições de todos os níveis do sistema nacional de educação.
- Incentivar o activismo juvenil na área do HIV/SIDA,
- Apoio de actividades educativas em favor do retardamento do início da actividade sexual, redução do número de parceiros e da fidelidade conjugal,
- Melhorar a distribuição do preservativo explorando as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos; promoção do preservativo feminino e aumento da sua disponibilidade em locais de venda,
- Utilizar estratégias de Informação, Educação e Comunicação (IEC) e de aconselhamento direccionadas para os diferentes grupos alvo como se detalha noutros objectivos,
- No quadro das actividades relativas à área da prevenção, apoio especial aos planos do MINED e do MJD particularmente às acções tendentes a reduzir o diferencial de género;
- Reforçar a componente ITS e HIV/SIDA nos programa de educação sexual nas escolas e fora delas,
- Acelerar a introdução de conteúdos relacionados com o HIV/SIDA nos materiais educacionais em todos os níveis do sistema nacional de educação,
- Incentivar actividades extra-curriculares vocacionadas para o combate ao HIV/SIDA realizadas pelas instituições de todos os níveis do sistema nacional de educação,
- Melhoramento da Biossegurança nas Unidades Sanitárias e Redução da possibilidade de contágio por transfusão sanguínea, como se detalha noutros objectivos.

Como se poderá constatar na descrição dos objectivos seguintes muitas destas estratégias concorrem para a obtenção de vários objectivos, muito interligados entre si.

○ **Aumento do nível geral de conhecimentos sobre o HIV/SIDA e redução do diferencial de género que se verifica neste domínio**

Partindo do pressuposto que o conhecimento sobre o HIV/SIDA é um pré-requisito fundamental para a mudança comportamental, esforços foram feitos no sentido de se desenvolverem indicadores que permitam medir o nível de conhecimentos na população em geral e em particular nos jovens de 15 a 24 anos e nos grupos altamente vulneráveis tais como: trabalhadoras de sexo, toxicodependentes, camionistas de longo curso, prisioneiros, etc.

Um dos indicadores universais para monitorizar e avaliar o nível de conhecimentos é a percentagem de jovens de 15 a 24 anos que identificam correctamente três formas de prevenção do HIV/SIDA e três concepções erradas sobre a transmissão do vírus.

Na análise de situação (citando estudos realizados no país em que, erradamente, se interpretou o indicador como sendo “a percentagem de jovens de 15 a 24 anos que identificam pelo menos duas formas de prevenção do HIV/SIDA e a rejeitam as principais concepções erradas sobre a transmissão do vírus”) foi constatado que o nível de conhecimentos sobre HIV/SIDA é insuficiente para induzir a mudanças de atitudes e práticas sexuais de risco. Com efeito, este situa-se por volta dos 50% na população em geral sendo menor nas zonas rurais e nas mulheres. No grupo etário dos 15 aos 24 anos os resultados do IDS 2003 apontaram para

um nível de 54 %. Particularizando, da análise nos grupos altamente vulneráveis concluiu-se que o nível de conhecimentos é baixo, demonstrando inconsistências.

Metas

Para reverter esta situação é necessário dirigir os nossos esforços para que o nível de conhecimento, (a percentagem que, dentro de cada grupo considerado, identifique correctamente três formas de prevenção do HIV/SIDA e três concepções erradas sobre a transmissão do vírus) em ambos os sexos e particularmente entre jovens dos 15 aos 24 anos e nos grupos altamente vulneráveis, aumente para **80% até ao final do 3º ano de implementação deste Plano e até 95% até ao final do 5º ano.**

Estratégias

Esta meta poderá ser alcançada recorrendo às seguintes estratégias de IEC:

- l Desenvolver acções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) direccionadas especificamente para as populações rurais e comunidades de base, com a adequação das mensagens e dos veículos e fazendo uso de línguas moçambicanas, na informação oral ou nas rádios comunitárias,
- l Desenvolver acções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) direccionadas especificamente para populações urbanas e peri-urbanas, com a adequação das mensagens e dos veículos e, sempre que isso for conveniente, fazendo uso de línguas moçambicanas, na informação oral ou nas rádios de âmbito provincial ou local,
- l Até ao final do primeiro semestre de implementação deste Plano o CNCS deve desenvolver e largamente difundir uma estratégia de Comunicação que tenha em conta as especificidades acima indicadas. Esta estratégia deve ser muito abrangente, deve criar o espaço para que os diversos meios de comunicação social e as agências de publicidade possam dela fazer uma utilização judiciosa e ela deve também traçar directivas para a actuação dos diversos órgãos do Aparelho de Estado e organizações da Sociedade civil. Esta estratégia deve dar a devida importância à participação das comunidades, criando-lhe oportunidades para o debate e melhoramento das mensagens. Ela deve dar a máxima prioridade aos Grupos de Dramatização e ao teatro de Fantoques e à produção de vários vídeos, direccionados para diversos grupos e a sua intensa divulgação incluindo com a utilização do cinema móvel,
- l Esta estratégia deve definir mecanismos práticos e adequados do controlo de qualidade das mensagens difundidas no país sem que isso constitua um entrave à criatividade dos intervenientes na área de prevenção,
- l Desenvolver acções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) direccionadas especificamente para sectores populacionais vulneráveis, zonas de confronto rural/urbano, com a adequação das mensagens e dos veículos aos destinatários específicos,
- l Desenvolver acções de Informação, Educação e Comunicação (IEC) direccionadas para especificamente para o Exército, a Polícia, as empresas de transportes, as empresas de construção, grupos culturais etc.,
- l Intensificação dos programas de educação sexual das crianças nas escolas, em particular para os adolescentes (10 aos 19 anos), com adequação dos conteúdos à idade das crianças,
- l Responsabilizar os grandes sectores como a Educação, Juventude e Ensino Superior na promoção do aumento de conhecimentos sobre HIV-SIDA através de actividades intra e extracurriculares. Os programas escolares de prevenção têm o potencial de alcançarem um grande número de jovens e os programas de formação mais participativos dirigidos aos professores e baseados em habilidades para a vida são promissores da garantia de qualidade do ensino,
- l Acelerar a introdução de conteúdos sobre HIV/SIDA nos currícula dos vários níveis do sistema educacional, dando continuidade e expandindo os programas de formação aos professores e projectos de natureza extracurricular virados para crianças e jovens dentro e fora da escola (ex: Geração Biz, Moçambique em Movimento etc.)

- l Todo o potencial logístico das empresas de transportes, de construção ou de outro tipo deve ser utilizado para este objectivo. O potencial de organismos como o INE com os seus inquiridores no terreno, do MADER com os seus extensionistas agrários, do STAE com os seus educadores cívicos, das Forças Armadas com os seus recrutas do SMO, do MINED com o grande número de professores de que dispõe, etc., também deve ser aproveitado ao máximo.

- o **Massificação das actividades de aconselhamento e testagem voluntária**

A análise das experiências internacionais de sucesso mostram que, para que se possam atingir melhorias nos comportamentos sexuais e conseqüente redução do número de novas infecções, os melhores resultados são obtidos pelo aconselhamento individual ou em pequenos grupos, que faz recurso a técnicas de comunicação interpessoal e que, para além de permitir a transmissão de conhecimentos que são nesse contexto melhor interiorizados, permite ainda moldar as atitudes e induzir comportamentos que minimizem o risco de transmissão do HIV.

Como outras actividades de prevenção, as actividades de aconselhamento destinam-se a todos os cidadãos sexualmente activos, que potencialmente podem incorrer em práticas sexuais desprotegidas ficando assim sujeitos ao risco de contágio (cerca de 8,5 milhões em 2004 e 9,6 milhões em 2009).

Como foi visto na análise de situação, as primeiras experiências de aconselhamento em Moçambique ocorreram com os GATVs. São uma experiência recente que tem tido relativo sucesso, mas que cobre ainda só uma pequena fracção da população alvo (em 2003 apenas 101.163 utentes).

Por outro lado, a distribuição geográfica dos GATVs revela uma profunda iniquidade na sua distribuição, com províncias muito melhor servidas do que outras.

A análise das características dos utentes revelou também que são essencialmente procurados por pessoas de nível académico mais elevado (secundário, médio ou superior) e por indivíduos com comportamentos sexuais de risco ou já doentes. Portanto, embora os GATVs representem uma estratégia promissora, cuja expansão deve ser incentivada, devendo-se desse modo corrigir as distorções de distribuição geográfica, é necessário massificar o aconselhamento individual ou em pequenos grupos pelo aproveitamento de todas as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos públicos e privados.

Assim propõe-se a criação de oportunidades alternativas de aconselhamento, fora das unidades sanitárias. Deste modo, nesta área tão importante de prevenção do HIV, se concretiza o importante princípio da multi-sectorialidade, pois que todos poderão participar neste esforço.

É ainda importante notar que outra experiência de sucesso, em Moçambique e noutros países, é a da disponibilização de linhas telefónicas gratuitas para aconselhamento individual sob anonimato. A experiência internacional também mostra que todos aqueles que são bem aconselhados, mais tarde ou mais cedo desejam ser testados. O conhecimento do estado de seropositividade é útil pois permite dirigir o aconselhamento dos seronegativos para que adoptem comportamentos sexuais no sentido de se manterem seronegativos (uso do preservativo em todos os contactos sexuais ocasionais e quando se tenha conhecimento ou suspeita de que um dos parceiros, ocasional ou não, é seropositivo). Já o aconselhamento dos seropositivos é feito no sentido de que ganhe consciência do seu estado de potencial transmissor do HIV/ITS e, portanto, não se envolva em comportamentos que tragam riscos para os outros (uso obrigatório do preservativo em todos os contactos sexuais). O aconselhamento dos seropositivos é também feito no sentido de que se proteja das reinfecções e que siga normas saudáveis de vida, em termos de prática de exercício físico moderado, nutrição equilibrada e rica em micronutrientes, abstenção de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas, etc., normas que são também muito úteis para qualquer pessoa independentemente do seu estado de seropositividade.

A simplicidade cada vez maior dos métodos de testagem rápida aconselha a que as facilidades de testagem, sempre que haja condições, estejam presentes em todos os serviços

de aconselhamento. Há razões para pensar que nos próximos anos, ainda dentro do prazo de vigência deste Plano, os métodos de testagem se tornem ainda mais simples e menos onerosos.

Estratégias

Nestas circunstâncias para que este objectivo específico venha a ser plenamente atingido, propõem-se as seguintes estratégias:

- î Expandir a rede dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATVs) e difundir informação sobre eles,
- î Correção dos desequilíbrios na cobertura nacional dos serviços de aconselhamento e testagem,
- î Aproveitando as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos públicos e privados, criação de outras oportunidades de aconselhamento, fora das unidades sanitárias,
- î Multiplicação das linhas telefónicas gratuitas de aconselhamento personalizado,
- î Envolvimento de líderes comunitários, organizações religiosas, Praticantes de Medicina Tradicional em actividades de aconselhamento,

Analisemos cada uma destas Estratégias:

Expandir a rede dos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATVs) e difundir informação sobre eles

Estando os GATVs na área de competência do MISAU, cabe ao MISAU a implementação desta estratégia.

Metas

Propõe-se o seguinte ritmo de expansão da rede de GATVs:

INDICADOR	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Número de GATVs clássicos no país	50*	250*	300*
Número de pessoas atendidas	72.000*	540.000*	976.000*

* Dados do MISAU

Correção dos desequilíbrios na cobertura nacional dos serviços de aconselhamento e testagem

Como foi constatado na Análise de Situação, o desenvolvimento deste programa até ao presente enferma de problemas de Equidade. O MISAU, em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento previsto do número de Serviços disponíveis para corrigir estas distorções, acelerando o ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos menos servidos até ao presente.

Aproveitando as capacidades logísticas de todos os sectores e organismos públicos e privados, criação de novas oportunidades de aconselhamento, fora das unidades sanitárias

Muitas são as instituições e organismos públicos e privados que demonstraram interesse em criar as suas próprias facilidades para aconselhamento e testagem. Trata-se de: Órgãos do Estado aos diversos níveis, empresas, sindicatos, ONGs, associações, clubes, organizações comunitárias de base, grupos religiosos, escolas, instituições de formação, etc..

Esta é uma oportunidade a não perder de massificar o aconselhamento e a testagem aproveitando as capacidades logísticas de todos os que o pretendem fazer. Esta é a única maneira e a forma mais decisiva que permitirá dar uma dimensão multissetorial à actividade de aconselhamento, criando assim oportunidades para que todos possam participar resolutamente na prevenção do HIV, pelo aconselhamento sobre o sexo seguro, mas igualmente sobre hábitos de vida saudáveis.

Estas facilidades de aconselhamento destinam-se a toda a gente, de ambos os sexos e de todas as idades e não devem ser conotados com seropositividade ou com comportamentos sexuais de risco ou com qualquer outra doença. Poderão ser criados em qualquer lugar, por quem tiver capacidade para tal e ficarão sob a tutela e à responsabilidade das entidades que os criarem sob a necessária supervisão do MISAU, sempre que se envolver testagem.

Para a sua criação são necessárias algumas condições básicas, nomeadamente: i) dispor de algum espaço, ii) dispor de aconselhadores devidamente formados e iii) dispor de condições próprias de testagem pelo HIV (testes rápidos), onde se achar possível e mediante autorização do MISAU.

Caberá ao CNCS e NPCSS, promover a criação destas oportunidades e promover também a formação de aconselhadores. Esta actividade deverá ser desenvolvida com o MISAU e suas Direcções Provinciais, no âmbito da coordenação multisectorial, assegurando-se a supervisão da qualidade e conteúdo da formação dos aconselhadores, bem como a qualidade e conteúdo do aconselhamento.

Metas

Para a concretização desta estratégia propõem-se as seguintes metas:

INDICADOR	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Número de Oportunidades alternativas de aconselhamento no país	400	900
Número de Aconselhadores a Formar	600	1.250
Número de pessoas a servir	1.250.000	3.000.000

Multiplicação das possibilidades de acesso a linhas telefónicas gratuitas de aconselhamento personalizado

Espera-se que em finais de 2004, cerca de 600.000 pessoas possuam um telefone móvel e outros 100.000 tenham uma ligação fixa. Existem perspectivas de crescimento exponencial da rede móvel nos próximos 5 anos e que a rede fixa também cresça embora a um ritmo menos acelerado.

Cabe ao CNCS promover a multiplicação dessas possibilidades de acesso a linhas telefónicas gratuitas de aconselhamento personalizado. São várias as entidades que podem colaborar nesta iniciativa: ONGs, associações, clubes, organizações comunitárias de base, quartéis, grupos religiosos, instituições de formação, sindicatos, etc., mas nada impede que empresas ou mesmo Órgãos do Estado aos diversos níveis tenham essa iniciativa.

Metas

Para a concretização desta estratégia propõem-se as seguintes metas:

INDICADOR	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Número de linhas telefónicas gratuitas no país	3	5
Número de Aconselhadores a Formar	50	125
Número de chamadas por ano	1.000.000	2.500.000

Envolvimento de líderes comunitários, líderes religiosos, PVHS, extensionistas agrários, professores e Praticantes de Medicina Tradicional, em actividades de aconselhamento

É muito importante que as actividades de aconselhamento tenham em conta as especificidades, a diversidade e as potencialidades culturais do nosso país. Nessas circunstâncias é fundamental fazer o uso adequado dos serviços de todos aqueles que, pelo papel e prestígio que gozam na sociedade possam servir de modelos de transformação dos comportamentos. Assim, será de toda a importância envolver nas actividades de aconselhamento pais e encarregados de educação, líderes comunitários, líderes religiosos, PVHS, antigos combatentes, extensionistas agrários, professores e Praticantes de Medicina Tradicional.

Será contudo importante investir numa formação adequada de todos eles para assegurar a qualidade do aconselhamento por eles dispensado.

o **Aumento das taxas de utilização do preservativo**

O uso correcto e sistemático do preservativo nas relações sexuais reduz substancialmente o risco da transmissão do HIV/SIDA e em especial no grupo de jovens que, em geral, têm mais parceiros ocasionais. Não menos importantes são outras medidas, como o retardamento do início da actividade sexual, redução do numero de parceiros ocasionais e fidelidade ao parceiro sexual respectivo.

Um dos principais meios de monitorar a mudança comportamental para o sexo seguro é recorrendo ao indicador taxa de utilização do preservativo na ultima relação de risco ou seja com parceiros ocasionais.

No capítulo da análise de situação sobre o uso do preservativo ficou evidenciado que apesar de melhoramentos registados na taxa de utilização do preservativo ao longo dos últimos anos e principalmente nas áreas de intervenção (ex: da PSI), a percentagem do uso de preservativos nas relações de risco é ainda bastante baixa. O IDS 2003 apresenta resultados deveras preocupantes. Para reverter esta situação propõe-se como estratégias:

- ✓ Melhorar a distribuição do preservativo, explorando as capacidades logísticas de todos os sectores; aumentar a sua disponibilidade em locais apropriados, aumentar a disponibilidade do preservativo feminino.
- ✓ Melhorar os níveis de aceitação induzindo a mudanças nas atitudes e através de Informação e Educação dirigidas prioritariamente aos jovens, mulheres e sectores vulneráveis da população.

Propõem-se como metas, aumentar a taxa de utilização do preservativo nas relações ocasionais do níveis actual para:

Na população em geral:

50% até ao final do 2º ano de implementação deste Plano,

80% até ao final do 5º ano de implementação deste Plano

Nos grupos altamente vulneráveis:

80% até ao final do 3º ano de implementação deste Plano

95% até ao final do 5º ano de implementação deste Plano.

Até ao presente momento só existem 2 mecanismos logísticos de distribuição de preservativos, nomeadamente o MISAU (distribuição gratuita) e o PSI (distribuição gratuita e sobretudo por marketing social – venda subsidiada). Há absoluta necessidade de criar novos circuitos de distribuição. O CNCS deve desempenhar um papel preponderante na coordenação deste processo. Todo o potencial logístico das empresas de transportes, de construção ou de outro tipo devem ser utilizados para este objectivo. O potencial de organismos como o INE com os seus inquiridores no terreno, do MADER com os seus extensionistas agrários, do STAE com os seus educadores cívicos, do MINED com o grande número de professores que possui, etc., deve ser aproveitado ao máximo.

Metas

Os objectivos atrás enunciados e quantificados iriam originar a necessidade de:

- ☞ Até ao final do 3º ano de implementação deste Plano, distribuir, pela globalidade dos diversos canais, 80 milhões de preservativos por ano.
- ☞ Até ao final do 5º ano de implementação deste Plano, distribuir, pela globalidade dos diversos canais, 150 milhões de preservativos por ano.

Deste total caberá ao MISAU a distribuição de:

- ◆ Até ao final do 3º ano de implementação deste Plano, distribuir, 43 milhões de preservativos por ano.
- ◆ Até ao final do 5º ano de implementação deste Plano, distribuir, 60 milhões de preservativos por ano.

- **Aumento da percentagem de doentes com ITS e seus contactos tratados de acordo com o Protocolo Sindrómico**

Como já foi referido na análise de situação, o número de contactos sexuais (parceiros) tratados para as infecções de transmissão sexual constituem apenas um terço (33,5%) de todos os casos de ITSs que procuram tratamento nas Unidades Sanitárias.

O tratamento dos contactos surge portanto como um objectivo prioritário nesta área de intervenção, pois o tratamento é fundamental para cortar a cadeia de transmissão da infecção, dado que a maior parte das ITSs são facilmente curáveis. Por outro lado, o tratamento dos contactos reduz de forma substancial, principalmente nas ITS que cursam com ulceração, a possibilidade de contaminação pelo HIV.

O aumento desta percentagem torna-se extremamente difícil na medida em que depende (i) do nível de conhecimento e portanto da atitude do doente e o do parceiro, (ii) da capacidade do doente convencer o seu parceiro que precisa de se tratar, (iii) das condições gerais da U.S., recursos humanos, medicamentos, etc. Embora os dois primeiros pressupostos sejam qualitativos, e tendo como linha de base os actuais 33,5% de parceiros tratados, propõe-se um aumento gradual de 12% por ano de modo a que, no final do 5º ano de implementação deste Plano, este indicador atinja pelo menos 60%.

Para que tal aconteça, estratégias como a sensibilização dos casos (doentes) para trazerem os seus parceiros (contactos) às consultas de ITSs deverão ser incentivadas.

A disponibilidade de medicamentos para ITSs em todas as Unidades Sanitárias, aperfeiçoando o sistema de gestão e distribuição, evitando a rotura de stocks, passando por uma organização racional dos serviços, poderá também melhorar este indicador.

A possibilidade de tratamento de ITSs gratuito para jovens e grávidas é também uma estratégia importante. Este poderia também ser extensivo às prisões, quartéis e às trabalhadoras de sexo. A sífilis por exemplo é das ITS que cursam de forma ulcerosa a mais frequente entre nós, principalmente entre as mulheres grávidas. Embora neste caso o tratamento seja gratuito, na maioria das vezes não é cumprido.

Há ainda que:

- Aumentar a capacidade de diagnóstico e tratamento nas unidades sanitárias
- Promover uma intensa campanha para que os infectados por ITS se abstenham de relações sexuais, ou pelo menos que pratiquem sexo seguro.

Apesar de a UNGASS ter fixado como indicador de progresso a percentagem de pacientes com ITS a quem foi feito um diagnóstico, tratamento e aconselhamento segundo o protocolo sindrómico, infelizmente não podemos fixar objectivos quantificados para este indicador por falta de dados de base.

É imperioso que até ao fim do primeiro de implementação deste Plano o MISAU determine a linha de base deste indicador.

Metas do MISAU

Apesar de que em 2003, existiam 1232 Unidades sanitárias em todo o país e que este número vai certamente aumentar nos próximos anos, o MISAU não considera expandir o número de Unidades Sanitárias dispensando este tipo de cuidados, mantendo-o ao longo do

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – II Parte: Objectivos e Estratégias
 quinquénio no actual nível de 1000 US\$. Contudo o MISAU prevê um considerável crescimento do número de utilizadores, como se pode ver na tabela seguinte:

Pessoas atendidas			
Intervenção	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Diagnóstico e tratamento das ITS	685.000	1.105.000	1.420.000

○ **Promoção da Saúde Sexual e Reprodutiva dos jovens**

Na análise de situação, ficou claro que o programa dirigido aos jovens e adolescente está ainda numa fase incipiente, não obstante as suas boas perspectivas futuras. Promover a saúde sexual e reprodutiva dos jovens constitui um objectivo prioritário uma vez que pouco tem sido feito nesse sentido particularmente nas áreas peri-urbanas e nas zonas rurais .

A difusão intensa, clara e simples de informação sobre Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJs) usando todos os meios de comunicação e informação possíveis, a contratação de provedores respeitando a idade e o género serão com certeza uma mais valia para se atingir o objectivo proposto.

Metas

O PEN da Saúde não quantifica este indicador, porém o programa sugere um aumento dos 98 previstos em 2004 para 250 no final do 3º ano de implementação deste Plano e para 300 no final do 5º ano. Contudo o MISAU prevê um considerável crescimento do número de utilizadores dos SAAJs, como se pode ver na tabela seguinte:

Intervenção	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Nº de utilizadores dos SAAJs	104,000	270,000	350,000

Estratégias

Para atingir estes objectivos propõem-se as seguintes estratégias:

- l Expandir a rede dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJs) e difundir informação sobre eles
- l Reforçar a componente ITS e HIV/SIDA nos programa de educação sexual nas escolas e fora delas
- l Acelerar a introdução de conteúdos relacionados com o HIV/SIDA nos materiais educacionais em todos os níveis do sistema nacional de educação
- l Incentivar a organização de actividades extra-curriculares dirigidas ao combate ao HIV/SIDA em todos os níveis do sistema nacional de educação
- l Incentivar o activismo juvenil na área do HIV/SIDA
- l Apoio de actividades educativas em favor do retardamento do início da actividade sexual, da redução do número de parceiros e da fidelidade conjugal.

Como foi constatado na Análise de Situação, o desenvolvimento deste programa até ao presente enferma de um défice de equidade e proporcionalidade. O MISAU, em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento previsto do número de Serviços disponíveis para corrigir estas distorções, acelerando o ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos menos servidos.

○ **Redução da vulnerabilidade das mulheres à infecção por razões sócio-culturais e económicas**

O Género joga um papel chave em determinar a vulnerabilidade individual à infecção, a habilidade do homem e da mulher para aceder a cuidados, apoio e tratamento, e ainda a sua capacidade de resposta quando infectado ou afectado. Devido a particular situação de

vulnerabilidade das mulheres a situações e comportamentos que põem em risco a sua Saúde sexual e reprodutiva, há necessidade de acções que aumentem a capacidade de escolha e o poder de tomada de decisões informadas sem receio de represálias, atitudes preconceituosas e abandono. Este objectivo pode ser alcançado através da promoção de actividades que melhorem a sua condição de vida.

Estratégias

- Reforço dos instrumentos legais de combate a violência sexual e doméstica contra as mulheres e crianças.
- Promoção e apoio a programas de desenvolvimento dirigidos como forma de aumentar as habilidades, conhecimentos e recursos e de diminuir a sua posição de subalternidade.
- Promoção de actividades que aumentem o acesso das mulheres aos recursos, nomeadamente, educação, saúde, terra, rendimento, crédito e emprego.
- Promover campanhas de sensibilização como forma de aumentar a consciencialização acerca da vulnerabilidade das crianças e quebrar os mitos e preconceitos associados ao estatuto das mulheres.

o Redução da transmissão vertical do HIV

A Niverapina tem vindo a mostrar ser útil na prevenção da transmissão do HIV da mãe para o filho durante o período perinatalⁱ e ⁱⁱ. Com efeito, em países industrializados, actualmente a transmissão vertical do HIV situa-se abaixo de 2%ⁱⁱⁱ, graças ao uso de combinações de MARVs, possibilidade de cesarianas electivas e alimentação exclusiva do recém-nascido com substitutos do leite materno. Acredita-se que se pode conseguir percentagens de 5% ou até mais baixas em países de rendimentos médios e em algumas áreas urbanas de países em desenvolvimentoⁱⁱⁱ. Contudo, o principal desafio da actualidade reside em alargar os benefícios desta estratégia para a maioria das mulheres seropositivas, particularmente nas comunidades rurais, onde vive mais de dois terços da população da África Sub-sahariana.

Como foi constatado na Análise de Situação, o desenvolvimento deste programa até ao presente enferma de problemas de Equidade. O MISAU em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento previsto do número de Serviços disponíveis para corrigir estas distorções, acelerando o ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos menos servidos.

Metas

INDICADOR	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Percentagem de crianças testadas HIV+ nascidas de mães seropositivas	Não há informação	15%	5%
Percentagem de mulheres grávidas seropositivas que recebem ARV's para prevenir a transmissão vertical	~29%*	62%*	90%
Percentagem de Províncias com serviços de PTV em pelo menos 50% dos seus distritos	45.5%*	90%	100%
Nº de PTVs em actividade	60*	258*	

*Planificado pelo MISAU

Estratégias

- Fazer advocacia junto à organizações da sociedade civil, particularmente, agentes económicos e comunidades religiosas, no sentido de apoiar a extensão dos serviços de PTV;
- Encorajar as instituições de ensino médico e paramédico a incluírem nos currícula a administração de Niverapina e apelar para que elas contribuam com recursos humanos por forma a garantir a médio prazo a administração de Niverapina em todos os distritos do país;
- Manter uma busca constante de histórias de sucesso neste âmbito, por forma a promover a sua replicação imediata onde for possível;
- Aumento da taxa de parto institucional:

Esta estratégia permite por um lado que mais mulheres tenham acesso ao PTV e portanto possam cumprir com a profilaxia de acordo com o protocolo e por outro lado, permite que a grávida tenha um parto asséptico diminuindo a possibilidade de infecção não só pelo HIV, mas também por outras doenças como o tétano neonatal.

- **Redução da transmissão não sexual do HIV**

A redução da transmissão do HIV por via não sexual tem vindo a ganhar expressão nos países em desenvolvimento como já foi anteriormente explicado. No entanto, este tipo de contaminação é facilmente prevenível se houver uma boa organização e gestão dos Serviços de Saúde.

Estratégias

As estratégias aqui propostas, são na sua maioria da responsabilidade do Ministério da Saúde, estando previstas no seu PEN. Por exemplo, para o melhoramento geral da biossegurança nas US já está prevista a aquisição de diverso equipamento hospitalar, como autoclaves, etc. e material consumível, que irá melhorar consideravelmente as condições de assépsia. O MISAU prevê ainda um importante componente de formação em matéria de biossegurança (22.000 trabalhadores até 2009).

Contudo o MISAU tem que prestar grande atenção às medidas reorganizativas das Unidades Sanitárias e à supervisão, pois que não basta formar os trabalhadores, há ainda que assegurar que eles cumpram com as normas estabelecidas.

A transmissão não sexual não se faz só nas Unidades sanitárias, pelo que é necessário utilizar outras estratégias de carácter multi-sectorial, nomeadamente:

- l Promoção de medidas de assépsia nas práticas e ritos tradicionais, nos "piercings", nas barbearias, etc.
- l Formação dos Praticantes de Medicina Tradicionais em Biossegurança.

Metas

Propõe-se a formação de 250 PMT até ao final do 3º ano e 500 até ao final do 5º ano.

Do mesmo modo, a redução da possibilidade de contágio por transfusão sanguínea mereceu especial atenção no PEN já mencionado.

Haverá também que fazer um grande esforço na melhoria das técnicas de selecção e triagem dos potenciais dadores de modo a diminuir as taxas de seropositividade nas unidades de sangue recolhidas dos actuais 8,5% para menos de 4% no final do quinquénio.

O MISAU não considera a expansão do número de Bancos de Sangue, mantendo-o ao longo do quinquénio no actual nível de 111. Prevê-se, não obstante, um considerável crescimento do número de beneficiários, como se pode ver na tabela seguinte:

Metas do MISAU

Beneficiários			
Intervenção	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Transfusões seguras	80,000	95,000	105,000

Como foi descrito na análise de situação, já existe um protocolo estabelecido sobre o manejo de casos de acidentes de trabalho nas unidades sanitárias. Este deverá ser implementado na íntegra em todo o país.

Área da Advocacia

Objectivo Geral: Transformar o combate ao HIV/SIDA numa urgência nacional.

o Introdução

O objectivo geral da área de advocacia é vencer inércias e potenciar todos os recursos e capacidades que possam ser mobilizadas para a luta contra o HIV/SIDA.

O Governo de Moçambique, ao aprovar uma estratégia multisectorial e comprometer recursos para a sua viabilização deu mostras do seu cometimento no sentido de fazer face ao desafio para a governação, que a pandemia do HIV/SIDA impõe.

Pese este crescente sentido de responsabilidade governamental conjugado com uma cada vez mais participação dos segmentos da sociedade moçambicana, prevalecem múltiplas disparidades justificadas por várias razões, a começar por factores intrínsecos: é sabido que as características da própria doença – desde o seu modo de transmissão aos longos períodos de incubação do vírus imprimem ao HIV/SIDA um ritmo de progressão que se mostra difícil de controlar. Os resultados na luta contra o HIV/SIDA são por isso escassos e lentos mesmo nas melhores circunstâncias.

No nosso caso, o combate ao HIV/SIDA é prejudicado por factores de natureza socio-cultural e pelas limitantes que decorrem do nosso quadro político-económico: num país financeiramente depauperado, onde o processo de desenvolvimento está ainda em fase de arranque, o HIV/SIDA, compete, na prática, com as várias outras prioridades, como a pobreza absoluta que afecta cerca de 60% da população, os enormes investimentos que se impõem na área de infra-estruturas e serviços sociais – como os próprios serviços de saúde, os custos inerentes ao processo das reformas políticas, a extrema vulnerabilidade do país às calamidades naturais e o crónico défice orçamental.

o Objectivos específicos

A advocacia que se impõe é por isso em dois sentidos: em primeiro lugar no de sensibilizar os centros de decisão sobre a imperatividade de uma acção enérgica para prevenir ou minorar os impactos dramáticos que a epidemia terá a médio prazo, sobre a demografia, sobre a sociedade, sobre o próprio processo de desenvolvimento; em segundo lugar no de identificar nos diversos níveis e em todos os sectores da sociedade - e mobilizar para a acção - toda a capacidade de influenciar positivamente o processo de combate ao HIV/SIDA.

Os objectivos específicos em que se desdobra o objectivo geral desta área de intervenção são os seguintes:

- l Mobilização das lideranças a todos os níveis para uma participação activa no combate ao HIV/SIDA;**
- l Apoiar no esforço para a obtenção de apoio e financiamento adequados para as actividades de combate ao HIV/SIDA.**
- l Promover a inclusão de uma componente HIV/SIDA em todos os programas de desenvolvimento económico e social;**
- l Transformar o combate ao HIV/SIDA numa área de consenso nacional;**
- l Encorajar a participação de toda a sociedade em acções de advocacia para o combate ao HIV/SIDA;**

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Advocacia		
OBJECTIVO GERAL: Transformar o combate ao HIV/SIDA numa urgência nacional		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES *
<p>1. Mobilização das lideranças a todos os níveis para uma participação activa no combate ao HIV/SIDA</p> <p>2. Asseguramento de apoio e financiamento adequados para as actividades de combate ao HIV/SIDA</p> <p>3. Inclusão de uma componente HIV/SIDA em todos os programas de desenvolvimento económico e social</p> <p>4. Transformação do combate ao HIV/SIDA numa área de consenso nacional</p> <p>5. Participação de toda a sociedade em acções de advocacia para o combate ao HIV/SIDA</p>	Selecionar figuras de grande prestígio nacional para integrarem a categoria de "activistas especiais" no combate contra o HIV/SIDA	CNCS, MCULT,MJD Ass.Economicas, Instituiç. Culturais, Redes ONG's Nacionais
	Estabelecer como meta adicional em todos os programas e actividades de combate ao HIV/SIDA, particularmente ao nível das comunidades de base, a identificação motivação e envolvimento de pessoas localmente influentes, líderes de opinião, educadores, dirigentes associativos, chefes de família, etc.	Nucleos Provinciais, Todos os sectores. Redes de Ong's
	Preparar informação personalizada para esclarecimento das lideranças e sugestão das intervenções mais desejáveis nos sectores respectivos	CNCS,ONG's, Activistas Especiais,
	Desenvolver uma estratégia de comunicação dirigida aos formadores de opinião	CNCS, ONG's
	Encorajar os órgãos de comunicação social a participarem na mobilização para o combate contra o HIV/SIDA	CNCS, Sindicato dos Jornalistas, ONG's, Núcleos Provinciais
	Encorajar o relato e promover a publicação e difusão de experiências pessoais, testemunhos e histórias de sucesso na luta contra o HIV/SIDA	CNCS,ONG's, Sindicato dos Jornalistas, Núcleos Provinciais
	Promover debates nas associações económicas sobre temas relacionados com o HIV/SIDA, nomeadamente no que respeita as vantagens da prevenção e tratamento como política empresarial.	Ass. Económicas e Profissionais, Empresários Contra o SIDA, Núcleos Provinciais

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação de cada acção estratégica

o **Efectividade e sustentabilidade do combate contra o HIV/SIDA**

O primeiro alvo do esforço de advocacia será o apoio à criação das condições necessárias à correcta operacionalização do PEN. Os principais constrangimentos que a análise de situação permite antecipar têm a ver com insuficiência dos recursos financeiros, com a escassez e impreparação dos recursos humanos e com deficiências organizativas. Os agentes e articuladores que vão intervir na solução dessas dificuldades terão de ser apoiados e terão, eles próprios, de desenvolver as capacidades necessárias para realizarem o seu trabalho numa *perspectiva de advocacia* – que difere por exemplo, duma perspectiva burocrática no grau de empenhamento pessoal com que se opera.

Propõem-se neste Plano Estratégico medidas que vão no sentido de promover a mais larga participação no combate ao HIV/SIDA e a descentralização da iniciativa de acção; seria desastroso que este processo não fosse acompanhado e devidamente apoiado por parte das estruturas de enquadramento.

Outra medida de grande alcance que também requer uma intermediação e facilitação empenhadas é a inclusão de uma componente HIV/SIDA em todos os programas de desenvolvimento económico e social. As acções de informação e educação, a prevenção, o apoio ao tratamento e a mitigação dos impactos do HIV/SIDA devem ser previstas e contabilizadas na economia dos próprios projectos pois outra posição não seria realista, no nosso contexto. Vai no mesmo sentido a estratégia da promoção nas associações económicas e outras instituições de debates onde se discutam temas relacionados com o HIV/SIDA, nomeadamente no que respeita às vantagens económicas para as empresas da educação dos trabalhadores na prevenção do HIV/SIDA e do apoio no tratamento dos trabalhadores doentes.

o **Comunicação social**

A estratégia adoptada para obter o mais amplo grau de mobilização social envolverá os *media*, quer em acções de carácter publicitário quer no tratamento jornalístico de temas ligados ao HIV/SIDA. Espera-se que as utilizações dos meios de comunicação social igualmente previstas no desenvolvimento das estratégias das outras áreas de intervenção do PEN concorram cumulativamente para a criação de um clima favorável à transformação do combate ao HIV/SIDA numa área de consenso nacional.

Um dos aspectos em que se deve insistir particularmente é na inserção, como matéria jornalística, de testemunhos pessoais e histórias de sucesso na luta contra o HIV/SIDA. A preocupação com a transmissão das estatísticas sobre a progressão da epidemia e com a informação sobre os impactos do HIV/SIDA tem-nos levado a não explorar devidamente o potencial de mobilização e o estímulo para a acção que sempre constitui a experiência positiva, a vitória sobre a adversidade.

o **A intervenção das lideranças**

Mas a acção preferencial da Advocacia será centrada no envolvimento das lideranças a todos os níveis para uma participação activa no combate ao HIV/SIDA. Na realização deste objectivo contar-se-á principalmente com duas acções estratégicas: a preparação de um pequeno manual de comunicação dirigido a formadores de opinião e a difusão de informação personalizada sobre o HIV/SIDA para educação das lideranças e esclarecimento sobre as intervenções mais desejáveis nos sectores respectivos.

A implementação destas estratégias, especialmente da segunda, implicarão a montagem de uma estrutura capaz de alimentar uma comunicação permanente e, insiste-se personalizada, com uma carteira de individualidades influentes em todo o país – desde membros do governo a dirigentes de empresas e líderes religiosos. Naturalmente será desejável que essa estrutura se decomponha em pequenas unidades que se especializarão por sector ou repartição geográfica – de modo a poderem focar com maior precisão as questões específicas de cada área. Esperar-se-á dos beneficiários desta acção uma intervenção eficaz nas acções de combate ao HIV/SIDA das respectivas áreas de influência e uma maior capacidade de articulação intersectorial.

o **Os activistas especiais**

As actividades em que, na perspectiva do PEN se vai desdobrar a resposta nacional à epidemia do HIV/SIDA necessitam de ter como promotores principais figuras de reconhecido prestígio e audiência que ajudem a popularizar as mensagens e a influenciar positivamente comportamentos e atitudes.

É conhecido o êxito desta estratégia em algumas experiências nacionais, nomeadamente em países vizinhos de Moçambique. Propõe-se o aproveitamento e ampliação dessas experiências com a selecção e treino de tais figuras e a constituição de um grupo informal de “activistas especiais” que será chamado a intervir em actos públicos e outros momentos importantes no combate contra o HIV/SIDA.

É desejável a participação de PVHS neste grupo mas há que ter em atenção que essa não passe a constituir a sua característica principal, sob risco de prejudicar a eficácia desta acção.

Para além de “darem o seu rosto” às campanhas nos momentos de intervenção pública, os activistas especiais serão convidados a participar também a outros níveis no esforço de advocacia.

METAS PARA A ÁREA DA ADVOCACIA	
ESTRATÉGIAS	PRAZOS
Preparar informação personalizada para esclarecimento das lideranças e sugestão das intervenções mais desejáveis nos sectores respectivos	Até ao 1º semestre de implemen. do PEN
Desenvolver uma estratégia de comunicação dirigida aos formadores de opinião	Até ao 1º semestre de implemen. do PEN
Encorajar os órgãos de comunicação social a participarem na mobilização para o combate contra o HIV/SIDA	Assinatura de protocolos de compromisso com os principais media do país até ao fim do 1º Semestre de impl. Do PEN
Encorajar o relato e promover a publicação e difusão de experiências pessoais, testemunhos e histórias de sucesso na luta contra o HIV/SIDA	Execução permanente
Promover debates nas associações económicas sobre temas relacionados com o HIV/SIDA, nomeadamente no que respeita as vantagens da prevenção e tratamento como política empresarial.	A partir do 1º trimestre de implemen. do PEN

Área do Estigma e Discriminação

Objectivo Geral: Reduzir o Estigma e a Discriminação ligados ao HIV/SIDA.

o Introdução

“O estigma e discriminação associados ao HIV/SIDA são a maior barreira à prevenção de novas infecções, ao adequado apoio, assistência e tratamento e ao alívio do impacto da doença.”

Constatação de Peter Aggleton e Richard Parker, que subscrevem o texto HIV/SIDA, Estigma e Discriminação, editado pela ONUSIDA na sua colecção “Best Practice” (2002)

O combate ao Estigma e à Discriminação associados ao HIV/SIDA está subjacente a todas as propostas de acção consideradas no PEN. Não obstante, nas condições especiais do nosso país o tema assume tal extensão e acuidade que justifica a criação de uma área de intervenção específica para seu tratamento.

O objectivo geral desta área de intervenção não se exprime de forma quantificável mas deve constituir uma das prioridades do PEN: “Reduzir o estigma e discriminação ligados ao HIV/SIDA”. Sem a realização deste objectivo não se vai operar o desejável abrandamento do índice de progressão da epidemia, como vimos em pormenor na Análise de Situação.

o As raízes do estigma

O combate ao estigma tem de tomar em linha de conta aquilo em que ele fundamentalmente assenta:

- a) a ignorância, que leva à culpabilização;
- b) os mitos sobre o modo de transmissão do HIV, que levam ao isolamento e ao medo;
- c) o desconhecimento ou falta de acesso ao tratamento que levam ao desespero;
- d) os tabus que rodeiam a sexualidade e as doenças com ela relacionadas - que levam ao sentimento de vergonha, à auto-exclusão, ao silêncio da vítima.

Importa igualmente considerar que a estigmatização ocorre na família, na sociedade, na escola e no trabalho, no templo, na mesquita, no próprio lazer; que ela ocorre indistintamente nas zonas urbanas e nas zonas rurais, que ela atinge indistintamente homens e mulheres, jovens e crianças.

o Maior visibilidade das PVHS e direitos humanos

O combate ao estigma e discriminação deve assentar na promoção de uma maior visibilidade e participação das PVHS em todo o processo, desde a planificação à execução. O objectivo é quebrar o silêncio e confrontar o fenómeno da negação que atinge o conjunto da nossa sociedade. Há que dar voz e visibilidade às PVHS e lançar um processo interactivo de esclarecimento sobre as muitas questões que envolvem a epidemia do HIV/SIDA. Para esse efeito as PVHS deverão beneficiar do necessário apoio e, sobretudo, acções de capacitação. É este o primeiro objectivo específico desta área.

O segundo objectivo específico é proteger e defender os direitos humanos das PVHS e seus dependentes, que se sentem virtualmente excluídos da própria condição de cidadãos. Uma protecção e defesa que devem assentar no sentimento de justiça e equidade social. A acção estratégica que corresponde a este objectivo é justamente o dar força de lei a todas as medidas que visem eliminar a discriminação e garantir o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais às PVHS. A segunda estratégia é a criação, em diferentes pontos do país, de gabinetes de apoio jurídico às PVHS, (acção igualmente prevista na Área da Mitigação) com particular incidência nas questões que respeitam a aplicação da Lei 2/2002 e os direitos sucessórios. A sonegação da herança à viúva e aos órfãos – que muitas vezes significa serem expulsos da casa onde vivem – é uma das formas mais cruéis que assume, em algumas

famílias, a ideia de “punição” daqueles que se acredita serem os responsáveis pela morte ocorrida.

Esta actividade deve ser relacionada com a proposta de criação no Secretariado Executivo do CNCS de um Gabinete Jurídico, prevista na área da Coordenação da Resposta Nacional.

o **Acesso ao tratamento**

O Objectivo 3 propõe: Assegurar o acesso dos PVHS a cuidados e tratamento. Aqui evoca-se o princípio da responsabilidade do Estado em assegurar do acesso aos cuidados de saúde - um direito humano fundamental que assiste a todos os cidadãos.

São conhecidos os constrangimentos, sobretudo financeiros e em termos de recursos humanos que afectam a possibilidades do Estado de realizar a universalização do acesso ao TARV. Na área do tratamento recomenda-se o aumento do número de doentes clinicamente elegíveis que recebem o TARV e indicam-se algumas estratégias para esse efeito. Aqui, o que importa é tornar conhecido o facto de que embora não tenhamos ainda a perspectiva da cura, existe tratamento para o HIV/SIDA. O estigma que num passado relativamente recente estava ligado a doenças como a tuberculose cedeu dramaticamente com o advento das campanhas anti-tuberculose. De resto, a literatura fornece-nos exemplos encorajadores de países onde a criação de condições para um maior acesso ao TARV resultou na diminuição sensível do estigma associado ao HIV/SIDA: Brasil, Costa Rica, África do Sul.

o **Combatendo a ignorância e o preconceito**

A ignorância e os preconceitos que rodeiam o HIV/SIDA são principalmente visados nas várias medidas que se propõem na Área da Prevenção: a difusão de informação sobre o HIV/SIDA em todos os quadrantes da sociedade, a educação formal e não formal sobre o

Quadro III

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Estigma e Discriminação		
OBJECTIVO GERAL: Reduzir o estigma e discriminação ligados ao HIV/SIDA		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES*
<p>1. Promover uma maior visibilidade das PVHS no combate contra o estigma e discriminação</p> <p>2. Proteger e defender os direitos humanos das PVHS e seus dependentes.</p> <p>3. Assegurar o acesso das PVHS a cuidados de saúde e tratamento.</p> <p>4. Fazer do Trabalhador de Saúde o primeiro agente mobilizador em questões de saúde pública e no combate ao estigma.</p> <p>5. Encorajar organizações religiosas a combaterem a discriminação contra as PVHS nas respectivas congregações</p> <p>6. Trazer a discussão sobre o estigma para o debate público a todos os níveis</p>	<p>Publicar, reforçar ou dar força de lei a todas as medidas que visem eliminar todas as formas de discriminação negativa e garantir o gozo pleno dos direitos humanos e liberdades fundamentais a todas as PVHS.</p>	<p>CNCS, MJ, AR, Ass. PVHS, MMCAS</p>
	<p>Criar em diferentes pontos do país gabinetes de apoio jurídico às PVHS, em particular no que respeita à aplicação da Lei 5/2002 e aos direitos sucessórios.</p>	<p>CNCS, MJ, Núcleos Provinciais</p>
	<p>Encorajar, apoiar e prestigiar PVHS que decidam tornar público o seu estado de seropositividade e promover a sua participação a todos os níveis no combate contra o estigma e discriminação.</p>	<p>CNCS, ONJ, PM, Ass. PVHS</p>
	<p>Incluir o combate ao estigma e discriminação nos materiais de informação e educação sobre o SIDA, nos programas escolares e em todas as acções de formação ligadas ao combate ao HIV/SIDA.</p>	<p>CNCS, ONG, SECTOR PUBLICO</p>
	<p>Promover a acção contínua de discussão sobre o estigma e discriminação com envolvimento de personalidades nacionais, dirigentes políticos, líderes religiosos, jornalistas e outros formadores de opinião e PVHS.</p>	<p>CNCS, Núcleos Provinciais, SECTOR PUBLICO, ONG</p>
	<p>Sensibilizar os jornalistas sobre as consequências da difusão de mensagens erróneas ou irresponsáveis sobre o HIV/SIDA nos órgãos de comunicação social.</p>	<p>ONJ, Sindicato dos Jornalistas, CNCS</p>
	<p>Reforço, nos programas de treino e capacitação do pessoal da Saúde, dos aspectos éticos e deontológicos da área respectiva, com ênfase na responsabilidade sobre a educação sanitária dos doentes e das comunidades.</p>	<p>MISAU, ONG's, CNCS</p>

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação da cada acção estratégica

HIV/SIDA e a massificação do aconselhamento. Nesta área, que trata especificamente da questão do estigma, o enfoque incide sobre três sectores estratégicos no condicionamento da atitude do cidadão comum em relação às PVHS: os trabalhadores da Saúde, as lideranças religiosas e os jornalistas, enquanto formadores de opinião.

Propõe-se que o Trabalhador da Saúde se transforme no primeiro agente mobilizador para questões de saúde pública e para o combate ao estigma, no seu próprio local de trabalho e junto da comunidade. A estratégia correspondente a este objectivo é o reforço, nos programas de treino e capacitação do pessoal da Saúde, dos aspectos éticos e deontológicos da área respectiva, com ênfase na responsabilidade sobre a educação sanitária dos doentes e das comunidades. O Trabalhador da Saúde, que muitas vezes assume comportamentos que podem encorajar ou dar justificação à estigmatização de alguns dos seus doentes (por exemplo, com a quebra da confidencialidade) deve, com a sua autoridade e prestígio, ajudar a combater a ignorância, os comportamentos de risco e as más práticas que acompanham o HIV/SIDA.

O Objectivo 5 diz: “Encorajar as organizações religiosas a combaterem atitudes de discriminação contra as PVHS que se desenvolvem nas respectivas congregações”. Para uma parte considerável da nossa população – os cristãos e os muçulmanos em particular, o estigma tem um fundamento religioso pois, acredita-se, a terrível doença não pode senão corresponder ao castigo divino que recai sobre aqueles que não cumprem os preceitos religiosos e têm comportamentos promíscuos. Em consequência, no seio da congregação a PVHS é discriminada e segregada, uma vez que constitui o “mau exemplo” de que todos se devem dissociar. Esta atitude está em franca revisão por parte da maior parte das lideranças religiosas mas é necessário apoiar o enorme esforço que ainda há a fazer no sentido de substituir a desconfiança e a exclusão pelo apoio solidário e conforto moral de que devem ser objecto as PVHS.

Os jornalistas, por não possuírem eles próprios um conhecimento suficiente sobre o HIV/SIDA, difundem por vezes mensagens que podem alimentar o estigma e a discriminação das PVHS. Eles deverão receber uma formação específica que os habilite a tratar correctamente um tema tão sensível como o HIV/SIDA. Eles deverão ser encorajados a assumir a sua quota parte de responsabilidade na mobilização para o combate ao HIV/SIDA – como se propõe na Área da Advocacia.

A necessidade de formação, ou pelo menos melhor informação sobre o HIV/SIDA não se limita aos jornalistas. O estigma, como vimos, manifesta-se em todos os sectores da sociedade. Esta área de intervenção inclui por isso uma linha estratégica que incide sobre a informação e educação, de uma maneira geral, ao recomendar a inclusão do combate ao estigma e discriminação em todos os materiais de educação sobre o SIDA e em todas as acções de formação ligadas ao combate ao HIV/SIDA. A capacitação de todos os activistas deve ser uma actividade permanente.

o **Confrontar a barreira do silêncio**

O exemplo de PVHS que fazem o reconhecimento do seu estado e assim ajudam a confrontar o estigma é de extrema importância neste combate. Isso terá de ocorrer em todos os sectores da sociedade – incluindo na classe dirigente e ao nível de todas as outras lideranças, para que o SIDA deixe de ser considerada “uma doença dos outros” – e portanto não merecedora da atenção pública que se lhe pretende conferir. Há porém que ter em atenção que a revelação pública da situação de seropositividade não deve ser forçada. A própria testagem deve manter rigorosamente o seu carácter voluntário. A revelação da situação de seropositividade terá mais valor se for espontânea, se ocorrer no momento em que a pessoa se sentir realmente preparada para a fazer.

As pressões que se fazem sobre as PVHS para que revelem o seu estado e sobre as famílias para que confirmem que os seus defuntos pereceram vitimados pelo SIDA acaba por ser contraproducente, pois as pessoas retraem-se no lugar de se sentirem encorajadas – além de constituir um atentado aos direitos humanos. A compreensão e a solidariedade não precisam de passar pela via da coacção e da violentação das consciências.

A revelação pública da seropositividade é uma acção que requer coragem moral e é um gesto louvável no contexto do combate ao estigma; mas é também uma decisão libertadora para quem de outro modo tem de viver na dissimulação permanente e na solidão de um sofrimento que não se pode sequer exteriorizar. É por isso necessário apoiar e incentivar os que decidem tomar tal passo.

Sem que isso constitua forma de compensação para a revelação pública ou base para qualquer tipo de pressão psicológica sobre as PVHS, o CNCS deve esforçar-se por garantir, junto dos seus parceiros o apoio, aconselhamento e acompanhamento às PVHS que tornem pública a sua seropositividade. Esforços deverão ser também feitos no sentido enquadrar as PVHS que fazem a revelação pública da sua seropositividade nas campanhas de educação sobre o HIV/SIDA, designadamente junto às próprias comunidades das PVHS em questão.

A ideia a explorar é que a seropositividade, desde que seja assumida com responsabilidade, não prejudica a qualidade de vida e a prestação profissional nem diminui a capacidade de se levar uma vida socialmente útil.

METAS PARA A ÁREA DO ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO	
ESTRATÉGIAS	PRAZOS
Publicar, reforçar ou dar força de lei a todas as medidas que visem eliminar todas as formas de discriminação negativa e garantir o gozo pleno dos direitos humanos e liberdades fundamentais a todas as PVHS.	Aprovação de um programa de trabalho neste sentido, <u>três meses</u> após a instalação do Gabinete Jurídico no SE-CNCS
Criar em diferentes pontos do país gabinetes de apoio jurídico às PVHS, em particular no que respeita à aplicação da Lei 5/2002 e aos direitos sucessórios.	<u>Até 2006</u>: criar um gabinete em cada capital provincial e na cidade de Maputo
Encorajar, apoiar e prestigiar PVHS que decidam tornar público o seu estado de seropositividade como forma de combater o estigma e discriminação.	<u>Até finais de 2004</u>: Aprovação de um projecto com um programa de acção e respectivo financiamento anual e início de implementação
Incluir o combate ao estigma e discriminação nos materias de informação e educação sobre o SIDA, nos programas escolares e em todas as acções de formação ligadas ao combate ao HIV/SIDA.	<u>Até Junho de 2005</u>: Preparação de manuais, guiões, textos básico adaptados para os diferentes níveis
Promover a acção contínua de discussão sobre o estigma e discriminação com envolvimento de personalidades nacionais, dirigentes políticos, líderes religiosos, jornalistas e outros formadores de opinião e PVHS.	<u>Até finais de 2004</u>: preparação de manuais, guiões e textos básicos e início do processo
Sensibilizar os jornalistas sobre as consequências da difusão de mensagens erróneas ou irresponsáveis sobre o HIV/SIDA nos órgãos de comunicação social.	<u>Até Junho 2005</u>: Fazer apresentações curtas, (tipo "power point" ou outras) em cada uma das redacções dos órgãos principais
Reforço, nos programas de treino e capacitação do pessoal da Saúde, dos aspectos éticos e deontológicos da área respectiva, com ênfase na responsabilidade sobre a educação sanitária dos doentes e das comunidades.	<u>Até Março de 2005</u>: aprovação de um programa para o efeito e início da sua implementação

Área do Tratamento

Objectivo Geral: Prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e dos doentes de SIDA.

○ **Aumentar o número de doentes beneficiários da profilaxia e tratamento das infecções oportunistas**

A análise de situação, revelou que apesar do enorme esforço realizado pelo MISAU, para expandir esses serviços, até ao final do presente ano, eles só estarão em menos de 50% dos distritos do país, o que se irá traduzir num fraco acesso aos mesmos por um número significativo dos necessitados, particularmente nas províncias do norte do rio Zambeze. Esta realidade, impõe a necessidade de expandir rápida e substancialmente o acesso à estes meios terapêuticos, particularmente para o tratamentos das infecções oportunistas mais comuns*.

O MISAU em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento previsto do número de Serviços disponíveis para corrigir a iniquidade na distribuição desses serviços, acelerando o ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos menos servidos e suspendendo ou retardando esse ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos melhor servidos até ao presente.

Metas

INDICADOR	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano	Meta do Decénio
Percentagem de casos de SIDA seguidos com uma ou mais infecção oportunística (IO)	31.5%*	73%*	71%*	100%
Percentagem de Províncias com serviços de TIOs mais comuns em pelo menos 50% dos seus distritos	45.5%*	90%	100%	

* Planificado até o final de 2004

Estratégias

- Fazer incluir em todos os planos sectoriais programas de apoio ao tratamento a trabalhadores vivendo com HIV/SIDA
- Capacitar membros de famílias vivendo com HIV/SIDA a prestarem os cuidados apropriados aos doentes.
- Educar o doente por forma a que ele possa reconhecer as infecções oportunistas e procurar imediatamente os cuidados de saúde
- Melhorar o esquema de distribuição dos medicamentos de primeira linha para o Tratamento de Infecções Oportunistas (TIO) às Unidades sanitárias. Esta estratégia que se soma às do MISAU, refere-se sobretudo à necessidade de uma melhoria na gestão de "stocks" de medicamentos de primeira linha para o TIO.
- Promover junto das organizações da sociedade civil, particularmente, agentes económicos e comunidades religiosas, no sentido de apoiar a extensão dos serviços de TIOs;
- Promover junto das instituições de ensino médico e paramédico, a sua contribuição para a utilização dos seus alunos, durante as férias, para assegurar a administração de TIOs em todos os distritos do país a médio prazo;
- Manter uma busca constante de histórias de sucesso neste âmbito, por forma a promover a sua replicação imediata onde for possível.

* Com a excepção do diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas complexas que precisam ser diagnosticadas e tratadas por um médico num HDD e com um laboratório mais sofisticado (vide Manual Operacional)

Quadro IV

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Tratamento		
OBJECTIVO GERAL: Prolongar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas pelo HIV e doentes de SIDA		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES*
1. Aumentar o número de doentes beneficiários da profilaxia e tratamento das infecções oportunistas	Melhorar o esquema de distribuição dos medicamentos de primeira linha para o Tratamento de Infecções Oportunistas (TIO) às Unidades sanitárias	MISAU
	Promover junto das organizações da sociedade civil, particularmente, agentes económicos e comunidades religiosas, no sentido de apoiar a extensão dos serviços de TIOs;	MISAU, CNCS, ONG's, GOV. PROV.
2. Aumentar o número de doentes que recebem o TARV de entre os clinicamente elegíveis	Fazer incluir em todos os planos sectoriais programas de apoio ao tratamento a trabalhadores vivendo com HIV/SIDA	CNCS, MISAU, TODOS OS SECTORES
	Formação específica a médio prazo de técnicos especializados em HIV/SIDA (médicos e paramédicos, farmácia, gestores, etc.)	MISAU
3. Reforçar o papel coordenador do MISAU sobre todas as entidades que oferecem o TARV	Estabelecimento de protocolos que regulem a administração terapêutica no país e garantir, por via desses protocolos, que a componente nutricional seja devidamente contemplada.	MISAU
	Capacitar membros de famílias vivendo com HIV/SIDA a prestarem os cuidados apropriados aos doentes, incluindo o melhoramento da dieta alimentar por introdução de alternativas nutricionais.	MISAU, ONG's
4. Garantir a continuidade e sustentabilidade dos programas de tratamento	Promover junto das organizações da sociedade civil, particularmente, agentes económicos e comunidades religiosas, o apoio à extensão dos serviços de CDs;	ONG's, ORG. RELIGIOSAS.
	Envolvimento das comunidades através de grupos de activistas voluntários, alunos no período de férias, e outros, na prestação de cuidados apropriado	MISAU, ONG's
5. Estender a rede de prestação de cuidados domiciliários (CDs)		

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação de cada acção estratégica

o **Aumentar o número de doentes que recebem o TARV de entre os clinicamente elegíveis**

A actual cobertura do TARV é inda mais baixa que a dos serviços de TIO. O limite imposto pela infra-estrutura e recursos humanos do MISAU, constitui por si um desafio aos vários sectores actuantes na luta contra o SIDA, a considerarem seriamente uma forma coordenada de contribuir para uma expansão significativa do acesso ao TARV para um número cada vez maior de entre os elegíveis.

Metas

INDICADOR	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Percentagem de pessoas com infecção avançada recebendo TARV (Indicador da UNGASS)	~4%	31%	38%
Número de pessoas com infecção avançada recebendo TARV (Indicador do MISAU)	7.900*	96.000*	159.000*

*Planificado pelo MISAU

Destes dados se pode ver que a percentagem de beneficiários de TARV em relação aos clinicamente elegíveis é, e continuará a ser, até ao final do quinquénio, muito abaixo das necessidades. Isto lança o grande desafio, da necessidade urgente de elaborar outros critérios (para além dos clínicos) a adoptar na administração do TARV à população elegível, por forma a evitar a subjectividade, injustiça e corrupção na escolha dos beneficiários de TARV.

Estratégias

- Aumentar a capacidade de diagnóstico e tratamento nas unidades sanitárias;
- Aumentar o número de Hospitais Dia
- Estabelecer mecanismo de referencia dos GATVs/SAAJs para os HD
- Aumentar o número de profissionais de saúde treinados para administrar TARV.
- Incentivar a criação pelas empresas e organizações de condições para o tratamento de doentes de SIDA
- Fazer incluir em todos os planos sectoriais programas de apoio ao tratamento a trabalhadores vivendo com HIV/SIDA
- Capacitar membros de famílias vivendo com HIV/SIDA a prestarem os cuidados apropriados aos doentes
- Introdução de serviços de aconselhamento nos Hospitais Dia
- Desenvolvimento de serviços de aconselhamento nos Hospitais Dia
- Estabelecer formas de colaboração entre as Unidades Sanitárias (US) e os Praticantes de Medicina Tradicional (PMTs)
- Manter uma busca constante de histórias de sucesso neste âmbito, por forma a promover a sua replicação imediata onde for possível;
 - **Reforçar o papel coordenador do MISAU sobre todas as entidades que oferecem o TARV**

Para atingir este objectivo serão prosseguidas as seguintes estratégias:

Estratégias

- Elaboração de documentos que regulem a administração terapêutica no país. É absolutamente indispensável que todas as organizações que se proponham participar na terapêutica antiretroviral observem o já estipulado e regulamentado em matéria de TARV e que nesse quadro assinem documentos com termos de compromisso bem precisos.
- É particularmente importante que nesses documentos se assegure a inclusão da componente nutricional, particularmente para os doentes que recebem o TARV.
- O Ministério da Saúde possui já protocolos de tratamento para adultos e crianças, o que se pretende é que estes protocolos sejam obrigatoriamente utilizados por todos aqueles que administram tratamento e que se faça cumprir a legislação existente.
 - **Garantir a continuidade e sustentabilidade dos programas de tratamento**

Visto que o TARV é para o resto da vida, não é eticamente aceitável criar expectativas que não possam vir a ser satisfeitas. Por isso todas as organizações que se proponham participar na

terapêutica anti-retroviral no nosso país devem assumir compromisso, de assegurar a continuidade e sustentabilidade dos programas.

Estratégias

- Fazer incluir em todos os planos sectoriais programas de apoio ao tratamento a trabalhadores vivendo com HIV/SIDA
- Incentivar a criação pelas empresas e organizações de condições para tratamento de doentes

o Estender a rede de prestação de cuidados domiciliários (CDs)

Os CDs, classificam-se em “cuidados” e “visitas domiciliárias”. “Cuidados” são definidos como o atendimento prestado em casa as PVHS e sua família, os quais incluem: educação para saúde, prevenção e aconselhamento sobre HIV/SIDA, avaliação e cuidados dos sintomas, aderência aos medicamentos e um sistema de referência entre SNS e a comunidade e outros sectores sociais, com vista a redução de transmissão do HIV e ao atendimento integral das PVHS. Enquanto que “visitas” domiciliárias têm, em geral, como objectivo, o apoio social, emocional e espiritual.

A análise de situação revelou que estes serviços só satisfazem cerca de 6% das necessidades em CDs. Numa situação como a de Moçambique, na qual grande parte das medidas terapêuticas não poderão ser proporcionadas à maioria dos doentes elegíveis, um esforço nacional deve ser realizado, no sentido de garantir que num curto espaço de tempo, ao menos estes serviços, que não requerem nem infra-estruturas nem recursos humanos difíceis de formar, sejam garantidos à totalidade dos que deles precisam.

O MISAU em coordenação com os seus parceiros nesta área, terá que aproveitar o crescimento previsto do número de Serviços disponíveis para corrigir a iniquidade na distribuição desses serviços, acelerando o ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos menos servidos e suspendendo ou retardando esse ritmo de crescimento, nas Províncias e Distritos melhor servidos até ao presente.

Metas

INDICADOR	Linha de base (2004)	No final do 3º ano	No final do 5º ano
Percentagem de Províncias com CD em pelo menos 50% dos seus distritos	45.5%*	90%	100%
Número de doentes de SIDA beneficiando de CDs	11.000*	107.000*	173.000*
Percentagem de doentes de SIDA beneficiando de CDs	6%	34%	42%

* Números do MISAU

Estratégias

- Capacitar membros de famílias vivendo com HIV/SIDA a prestarem os cuidados apropriados aos doentes, incluindo o melhoramento da dieta alimentar por introdução de alternativas nutricionais.
- Envolvimento das comunidades através de grupos de activistas voluntários, alunos no período de férias, e outros, na prestação de cuidados apropriados.
- Envolvimento de associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA
- Formação específica a médio prazo de técnicos especializados em HIV/SIDA (médicos e paramédicos, farmácia, gestores, etc.)
- Estabelecer formas de colaboração entre as Unidades Sanitárias (US) e os Praticantes de Medicina Tradicional (PMTs)
- Promover junto das organizações da sociedade civil, particularmente, agentes económicos e comunidades religiosas, o apoio à extensão dos serviços de CDs;

Área da Mitigação das Consequências

Objectivo Geral: Reduzir as consequências do HIV/SIDA a nível dos indivíduos, das famílias, comunidades, empresas e ainda os impactos globais.

A mitigação das consequências do HIV/SIDA constitui uma área importante da resposta nacional não só porque alivia o peso dos seus efeitos sobre os indivíduos, famílias, comunidades, empresas e a sociedade em geral, mas também porque através da mitigação se controlam e reduzem as condições que favorecem a propagação da epidemia.

A mitigação das consequências do HIV/SIDA tem também o aspecto particular de estar relacionada com os direitos humanos das pessoas afectadas, nomeadamente os seropositivos, doentes de SIDA, e os familiares dos que morrem vítimas da epidemia (principalmente órfãos e viúvas).

Adicionalmente, a mitigação das consequências do HIV/SIDA tem também um papel importante para o combate à epidemia pois torna os afectados parte desse combate em lugar de permitir que sejam marginalizados.

Deste modo, a mitigação das consequências do HIV/SIDA deve ser vista no contexto dos direitos humanos, da capacitação de uma parte cada vez mais significativa da sociedade afectada para levar uma vida digna e produtiva, e como uma das pré-condições do sucesso na limitação propagação da epidemia.

o **Objectivo Geral da Mitigação**

Para além dos efeitos sobre as famílias e comunidades, a epidemia tem impactos mais globais sobre os quais é também imperioso focalizar atenção. Ao afectar a disponibilidade e produtividade da força de trabalho (em particular da força de trabalho qualificada), a epidemia limita a capacidade da economia de gerar um maior rendimento nacional, ao mesmo tempo que volumes ainda mais elevados de recursos serão necessários para financiar as actividades dos sectores que contribuem para a reprodução e manutenção da força de trabalho nacional, tais como os sectores da educação e saúde.

Por outro lado, com a epidemia do HIV/SIDA os programas de assistência social às famílias também sofrerão uma maior pressão para a expansão, em virtude do aumento das taxas de dependência (maior número de idosos, crianças e doentes incapazes de trabalhar) ao mesmo tempo que diminui ou cresce a ritmo relativamente lento a parte da população em idade activa e efectivamente em actividade. Um esforço maior da despesa pública nestas áreas (assistência social, educação, saúde) poderá vir a ter reflexos ao nível do défice orçamental que pode perturbar a estabilidade macroeconómica. Deste modo, os efeitos da epidemia do HIV/SIDA vão para além do seu impacto imediato, pois há que considerar os efeitos que as próprias medidas de mitigação podem ter na estabilidade (via finanças públicas) e crescimento económico.

Tendo em conta estas dimensões dos efeitos da epidemia do HIV/SIDA, o objectivo principal das acções de mitigação deve ser o de **reduzir as consequências do HIV/SIDA ao nível dos indivíduos, das famílias, comunidades, empresas, e ainda os impactos globais.**

o **Objectivos específicos da mitigação**

A perda de membros activos da família, muitas vezes o único garantes do seu sustento, gera uma redução do rendimento do agregado, contribuindo assim para o aumento da sua vulnerabilidade. Por outro lado, a existência de doentes de SIDA no seio de uma família leva a um aumento das necessidades e das despesas daí decorrentes, pelo que é necessário garantir que estas famílias mantenham ou desenvolvam formas alternativas de gerar rendimentos suplementares que lhes permitam cobrir essas mesmas despesas.

A existência de membros da sociedade e grupos sociais que por si só não possuem nem os meios para mitigarem os efeitos imediatos da epidemia sobre eles, nem as faculdades e recursos para gerarem os meios para esse efeito, exige que o Estado melhore os seus programas de assistência social, tornando-os cada vez mais adequados ao cumprimento da

Quadro V

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Mitigação		
OBJECTIVO GERAL: Reduzir as consequências do HIV/SIDA a nível dos indivíduos, das famílias, comunidades, empresas e ainda os impactos globais		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES*
1. Reforçar a capacidade de geração de rendimentos dos indivíduos, famílias e comunidades afectadas pelo HIV/SIDA, em particular das mulheres	- Promover parcerias entre o sector público e privado e as ONGs em iniciativas visando a criação de capacidades locais de geração de rendimentos	CNCS, SECTOR PUBLICO Associações Económicas , ONG's
	- Apoiar as ONGs vocacionadas para a mitigação das consequências do HIV/SIDA;	CNCS , SECTOR PUBLICO
	- Pesquisa e difusão de variedades de alto rendimento na produção agro-pecuária;	MADER , INIA, UEM, MTSES
	- pesquisa e difusão de técnicas de conservação pós-colheita e de processamento alimentar que aliviem o esforço físico em particular das mulheres;	MADER , MIC, INIA, UEM, MTSES, ONG's
	- Monitoria sistemática das condições de segurança alimentar com prioridade nas zonas de alta prevalência de seropositividade.	MADER, SETSAN , MISAU, CNCS, MIC
2. Reforçar a segurança alimentar dos indivíduos, famílias e comunidades afectadas pelo HIV/SIDA	- Educação e apoio nutricional em particular às PVHS e suas famílias;	MISAU , MINED, MADER, MIC, ONG's
	- Incentivos fiscais e outras facilidades às empresas que integrarem nos seus planos de negócios acções concretas de combate ao HIV/SIDA e mitigação das suas consequências	MPF , CPI, MTRAB, Associações Económicas
3. Aumentar o apoio nutricional, médico, medicamentoso, psicológico e social às PVHS, sobretudo às familiares chefiadas pelas mulheres, idosos e crianças.	- Encorajar e apoiar famílias, comunidades e organizações que realizem acções concretas de solidariedade dirigidas a pessoas vivendo com o HIV/SIDA	CNCS, MISAU, MMCAS , ONG's e Todos os sectores e instituições
	- Expansão e melhor direccionamento dos programas de assistência social (à velhice, órfãos e outros grupos vulneráveis);	MMCAS , MPF, SE-CNCS, MISAU, ONG's
	- Reforço da capacidade de distribuição de suplemento nutricional às PVHS, particularmente as que estiverem a receber TARV;	MISAU, MMCAS , MPF, CNCS, ONG's
	- Adequação dos critérios de atribuição do atestado de pobreza à situação particular das PVHS e suas famílias e difusão de informação sobre os requisitos para a sua obtenção	MMCAS , MPF, MISAU, CNCS
4. Garantir o apoio educacional desde a infância até à formação profissional básica a todas as crianças órfãs e vulneráveis (de pais vítimas ou não do HIV/SIDA)	- Criação de mecanismos mais flexíveis de registo civil, com especial atenção para crianças órfãs, incluindo o registo no hospital e a busca activa ao domicílio	MJUS , MISAU, MMCAS
	- Encorajar e apoiar as famílias e comunidades que adoptarem ou tutelarem as crianças e órfãos vulneráveis;	MJUS, MISAU, MMCAS , MPF, ONG's
	- Completar o quadro legal que regula as actividades de combate ao HIV/SIDA e suas consequências, designadamente no que respeita à protecção dos direitos das PVHS	MJUS , CNCS, MISAU, MMCAS , MTRAB, Ass. PVHS
	- Encorajar os pais a planear o futuro dos seus filhos tendo em conta a salvaguarda dos seus direitos sobretudo em orfandade	MJUS, MINED, MMCAS , -CNCS, ONG's
	- Criação de gabinetes de apoio jurídico às PVHS.	CNCS, MJUS, ONJ's

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação de cada acção estratégica

obrigação de garantir os direitos básicos às pessoas, famílias e comunidades vivendo com o HIV/SIDA, como o direito à vida, educação, saúde, e emprego.

O papel central da mulher na família na produção, na educação das novas gerações, entre outros aspectos importantes da reprodução da família, e o facto de que em todas estas esferas a mulher assume responsabilidades desproporcionadas ao poder de decisão que ela detém, apontam para a necessidade de a resposta nacional à epidemia do HIV/SIDA incorporar claramente a dimensão género nos seus objectivos.

Assim, os objectivos específicos da mitigação delineados no presente Plano subdividem-se em dois grupos: por um lado objectivos relacionados com o aumento das oportunidades e capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades gerar rendimentos e garantir a sua própria segurança alimentar, nomeadamente:

- l Reforçar a capacidade de geração de rendimentos dos indivíduos, famílias e comunidades afectadas pelo HIV/SIDA, em particular das mulheres;
- l Reforçar a segurança alimentar dos indivíduos, famílias e comunidades afectadas pelo HIV/SIDA.

Objectivos relacionados com a assistência dos indivíduos, famílias e comunidades mais vulneráveis e que não possam sem ajuda ajustar-se à epidemia com sucesso, nomeadamente:

- ì Aumentar o apoio nutricional, médico, medicamentoso, psicológico e social às PVHS, sobretudo às famílias chefiadas pelas mulheres, idosos e crianças,
- ì Garantir a sobrevivência e o apoio educacional desde a infância até à formação profissional básica a todas as crianças órfãs e vulneráveis (de pais vítimas ou não do HIV/SIDA).

o **Estratégias de mitigação ao nível das famílias e comunidades**

Os programas de mitigação dos efeitos do HIV/SIDA devem ser parte integrante dos programas de alívio à pobreza, e devem ser conjugados com políticas sectoriais de redução da vulnerabilidade económica e social das populações.

As estratégias de mitigação propostas neste Plano (componente estratégica) têm em vista os efeitos ao nível das famílias e comunidades, deixando o tratamento dos impactos mais globais sobre a economia para serem tomados em conta na formulação das políticas globais de desenvolvimento e da gestão macroeconómica. Devido à sua importância, dá-se muita ênfase às estratégias da mitigação viradas para o sector rural da sociedade, em particular na área da segurança alimentar. Também se dá particular atenção a medidas que podem facilitar o ajustamento do sector empresarial formal ao contexto do HIV/SIDA, em particular, as pequenas e médias empresas.

Estratégias para o aumento das oportunidades e capacidade de gerar rendimentos e garantir a segurança alimentar

De entre as estratégias que mais directamente permitirão a realização dos objectivos relacionados com o aumento das oportunidades e capacidade dos indivíduos, famílias e comunidades gerar rendimentos e garantir a sua própria segurança alimentar, incluem-se:

- ♦ Promover parcerias entre o sector público e privado e as ONGs em iniciativas visando a criação de capacidades locais de geração de rendimentos;
- ♦ Pesquisa e difusão de variedades de alto rendimento na produção agro-pecuária;
- ♦ Monitoria sistemática das condições de segurança alimentar com prioridade nas zonas de alta prevalência de seropositividade;
- ♦ Educação e apoio nutricional em particular às PVHS;
- ♦ Incentivos fiscais e outras facilidades às empresas que integrarem nos seus planos de negócios acções concretas de combate ao HIV/SIDA e mitigação das suas consequências.

Todos os sectores da sociedade têm um importante papel a cumprir na mitigação dos efeitos da HIV/SIDA, sendo fundamental incentivar e apoiar todas as organizações para que se envolvam nas acções a ela conducentes. Neste contexto, é necessário que o sector público e privado desenvolvam parcerias entre si e com as ONGs com vista intensificar e expandir as

iniciativas viradas à criação de fontes de rendimento adicionais diminuição da vulnerabilidade dos indivíduos e famílias.

A existência de um ou mais doentes na família implica não só o redireccionamento dos recursos financeiros para as despesas de tratamento, como também a perda de fontes de rendimento, necessário para a aquisição de alimentos e factores de produção agrícola. Torna-se necessário monitorizar sistematicamente as condições de segurança alimentar, com prioridade para as zonas de alta prevalência de seropositividade, bem como assegurar a ajuda alimentar às famílias e comunidades nessas zonas, combinada com o fornecimento de conhecimentos e meios que lhes permitam produzir os bens alimentares e de rendimento que lhes ajudem a garantir a sua segurança alimentar e uma nutrição adequada. Acções complementares devem ter em vista a educação e apoio nutricional suplementar, em particular às PVHS - sobretudo aquelas que estiverem a receber TARV. Do mesmo modo, é necessário desenvolver a pesquisa e difusão de técnicas de conservação pós-colheita e de processamento alimentar, que aliviem o esforço físico, em particular das mulheres, e que garantam provisões para todo o ano.

A análise da situação mostrou que um número crescente de gestores empresariais em todos os sectores de actividade tomam medidas para mitigar os efeitos da epidemia do HIV/SIDA sobre a vida dos seus trabalhadores. Porém, a resposta do sector empresarial não é ainda generalizada, o que augura um futuro catastrófico não somente sobre os seus trabalhadores e familiares, mas também para a própria sobrevivência das empresas que perdem força de trabalho e vêm a sua lucratividade e capacidade de reprodução limitada pelos custos de responder à epidemia.

Presentemente existem dispositivos legais que permitem um tratamento fiscal especial dos custos de formação da força de trabalho dos projectos de investimento. Faz assim sentido, que as empresas tenham um incentivo similar em relação aos custos das suas acções de combate ao HIV/SIDA e suas consequências para os trabalhadores e para a economia empresarial. Assim, recomenda-se que o governo accione dispositivos fiscais que permitam a dedução, da matéria tributável, dos custos incorridos pelas empresas com acções de prevenção, tratamento e mitigação dos efeitos do HIV/SIDA, dirigidas aos seus trabalhadores, familiares e comunidades.

Estratégias para assistência dos indivíduos, famílias e comunidades mais vulneráveis

De entre as estratégias directamente viradas à assistência dos indivíduos, famílias e comunidades mais vulneráveis e que não possam sem ajuda, responder à situação de crise incluem-se:

- | Encorajar e apoiar famílias, comunidades e organizações que realizem acções concretas de solidariedade dirigidas a pessoas vivendo com o HIV/SIDA
- | Expansão e melhor direccionamento dos programas de assistência social (à velhice, órfãos e outros grupos vulneráveis);
- | Criação de mecanismos mais flexíveis de registo civil, com especial atenção para crianças órfãs, incluindo o registo no hospital e a busca activa ao domicílio
- | Adequação dos critérios de atribuição do atestado de pobreza à situação particular das PVHS e suas famílias e difusão de informação sobre os requisitos para a sua obtenção;
- | Encorajar e apoiar as famílias e comunidades que adoptarem ou tutelarem as crianças e órfãos vulneráveis;
- | Completar o quadro legal que regula as actividades de combate ao HIV/SIDA e suas consequências, designadamente no que respeita à protecção dos direitos das PVHS;
- | Encorajar os pais a planear o futuro dos seus filhos tendo em conta a salvaguarda dos seus direitos sobretudo em orfandade; e
- | Criação de gabinetes de apoio jurídico às PVHS.

Para que tenham sucesso na mitigação dos efeitos do HIV/SIDA, as acções do Governo, instituições da administração e empresas públicas, ONGs e das empresas e organizações do sector privado, devem ser complementadas por uma participação activa das famílias e organizações comunitárias de base (OCBs). Assim, ao operacionalizarem-se os objectivos e

estratégias preconizados no presente Plano, deve-se encorajar e apoiar famílias, comunidades e organizações que realizem acções concretas de solidariedade, assim como se devem canalizar mais apoios para as ONGs vocacionadas para a mitigação das consequências do HIV/SIDA.

Por outro lado, torna-se necessário que, não obstante os limites impostos pela exiguidade dos recursos disponíveis, o Governo explore todas as alternativas para expandir o volume dos meios humanos, materiais e financeiros destinados à assistência social, e que as instituições públicas vocacionadas encontrem formas de realizar um melhor direccionamento dos programas de assistência social aos seropositivos, aos idosos, às mulheres e aos órfãos e crianças vulneráveis.

É necessário que as despesas nesta área não sejam consideradas como um desvio de recursos que de outro modo seriam destinados aos projectos de desenvolvimento económico e social, pois a mitigação dos efeitos do HIV/SIDA é parte e ao mesmo tempo factor fundamental a do esse processo de desenvolvimento.

Para garantir a assistência aos indivíduos e famílias seja efectiva e mais abrangente, mas também adequadamente direccionada, é necessário que se adequem os critérios de atribuição do atestado de pobreza à situação particular das PVHS e suas famílias, através do estabelecimento de critérios de elegibilidade, que reflectam as necessidades acrescidas destes indivíduos e suas famílias. É necessária também uma maior difusão de informação sobre esses critérios, uma vez que grande parte dos cidadãos desconhece a existência deste mecanismo de apoio social. Qualquer destas medidas só terá efeito a partir do momento em que os cidadãos estejam capazes de se candidatar a estes programas, o que pressupõe uma certificação da sua identidade, pelo que é imprescindível criar mecanismos mais flexíveis de registo civil, com especial atenção para crianças órfãs, incluindo o registo no hospital e a busca activa ao domicílio.

A garantia da sobrevivência e a educação desde a infância até à formação profissional básica a todas as crianças órfãs e vulneráveis (de pais vítimas ou não do HIV/SIDA) deve ser efectivamente assumida como um direito dessas crianças, e uma responsabilidade do Estado e de toda a sociedade. Num contexto de recursos públicos limitados, é necessário que ao nível do Governo e de todos os sectores da sociedade se encontrem formas de encorajar e apoiar as famílias e comunidades que adoptarem ou tutelarem destas crianças órfãs, e garantir que os apoios concedidos são usados para os fins a que se destinam. Por outro lado, também é importante que se encorajem os pais no sentido de planear o futuro dos seus filhos tendo em vista os seus interesses e direitos de criança e cidadãos.

O respeito pelos direitos humanos constitui um dos pilares para a redução dos efeitos nefastos do HIV/SIDA na vida das pessoas vivendo com a doença. Um aspecto particularmente importante dos direitos humanos das PVHS relaciona-se com a protecção contra o estigma e a discriminação. Tal requer que o quadro jurídico - legal do país no que respeita ao HIV/SIDA vá para além do contexto do local de trabalho (coberto pela Lei 5/2002. Torna-se assim necessário completar o quadro legal que regula as actividades de combate ao HIV/SIDA e suas consequências, designadamente no que respeita à protecção dos direitos das PVHS. É preciso ter em conta leis que possibilitem a redução da vulnerabilidade de certos grupos nomeadamente, as mulheres a quem continuam a ser negados direitos básicos como o acesso à terra, à herança e protecção contra violência sexual e rituais de ponham em risco a sua saúde.

Recomenda-se que sejam criados gabinetes de apoio jurídico às PVHS em vários níveis e locais onde as condições o permitam.

Área da Investigação

Objectivo Geral: Aumentar o grau de conhecimento científico sobre o HIV/SIDA, suas consequências e as melhores práticas no seu combate.

O conhecimento científico sobre o HIV/SIDA em Moçambique é tão necessário quanto urgente. Para o podermos combater eficazmente, temos que ter desta epidemia um conhecimento depurado de preconceitos, mitos e especulações, como também livre das distorções que a incidência de regimes de valores tão variados quanto a própria diversidade cultural que caracteriza o país possa determinar. A produção duma informação de qualidade e objectiva, é a chave para a eficácia de qualquer política pública, incluindo a estratégia de combate ao HIV/SIDA.

No que respeita ao conhecimento da progressão da doença, têm sido utilizados modelos epidemiológicos testados noutros países com características semelhantes ao nosso, mas, desde 1987, não houve mais estudos de seroprevalência à escala nacional e nenhuma investigação foi realizada sobre a transmissão não sexual. A análise de situação veio mostrar que esta via de transmissão, mesmo se não predominante, poderá ser mais significativa do que se tem pensado até ao presente momento. Isto é confirmado por estudo recente da OMS que mostra que esta via de transmissão é mais importante em África do que tem sido julgado até ao presente.

Por outro lado, pouco se sabe, em termos factuais, sobre as consequências reais da pandemia, quer ao nível individual e familiar, quer ao nível das comunidades para além do exercício estatístico sobre os efeitos nefastos que ela deve causar e/ou deve estar já causando. Passados que são mais de 15 anos depois da descoberta do primeiro caso em Moçambique é urgente que se tenha uma informação cientificamente validada da evolução da doença.

Embora sejam bem conhecidas as interacções entre a pobreza, desnutrição e vulnerabilidade ao HIV/SIDA e o ciclo vicioso que entre elas se estabelece, e que tenha havido tentativas de projectos de investigação nestas áreas, não existem estudos sistemáticos que documentem, no nosso país, estas interacções, nem foram efectuadas medidas dos seus impactos na produtividade e nos indicadores macroeconómicos. Também não foi efectuado o mapeamento geográfico dos locais onde se congregam pessoas em circunstâncias muito especiais que acabam por favorecer a prática de actos que facilitam a disseminação de ITS incluindo o HIV. A nossa análise de situação levantou o véu sobre esta questão, que importa agora aprofundar.

Objectivos Específicos

- **Desenvolver programas de investigação nas áreas biomédica e epidemiológica, comportamental, socioeconómica e sociocultural sobre o HIV/SIDA**

A análise da situação constatou que, embora seja visível o esforço da investigação ligada à problemática do HIV/SIDA, esta continua bastante incipiente e incompleta em todas as subáreas atrás indicadas. Ademais, mesmo com os resultados da investigação já disponível não é ainda possível ter, em todas as dimensões indicadas, conhecimento bastante seguro e fiável uma vez que as condições da sua produção continuam assistemáticas e por vezes com problemas metodológicos, o que resulta em desequilíbrios de qualidade bastante acentuados.

A título de exemplo, os estudos CAP, não só não têm obedecido a critérios que facilitem a comparação, tanto em termos espaciais quanto em termos temporais, como também não possuem a dimensão suficiente para que dos seus resultados se ilacionem ideias seguras sobre a evolução dos fenómenos em observação. Até ao presente momento não foi ainda definida uma metodologia que permita obter dados fiáveis que não só permitam comparabilidade internacional, mas que também tenham em conta aspectos mais específicos da realidade nacional.

Os estudos socioculturais continuam bastante escassos se comparados com a dimensão e complexidade cultural do país abrindo, assim, espaço para o uso de informação baseada em

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – II Parte: Objectivos e Estratégias
exercícios especulativos ou de vivências individuais, como também têm evidenciado critérios metodológicos bastante duvidosos.

Quadro VI

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Investigação		
OBJECTIVO GERAL: Aumentar o grau de conhecimento científico sobre o HIV/SIDA, suas consequências e as melhores práticas no seu combate		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES*
1. Desenvolver investigação sobre o HIV/SIDA nas áreas biomédica, epidemiológica, comportamental, socio-económica e socio-cultural	Criação no MESCT de uma Comissão Científica do HIV/SIDA	MESCT , Instit. de Pesquisa, Universid's e investigadores a título pessoal
	Criação de um grupo multisectorial para promoção da investigação científica de temas ligados ao HIV/SIDA	CNCS, MESCT , MISAU, INE, Instit. de Pesquisa, Universid's
	Realizar estudos de impacto do HIV/SIDA em sectores estratégicos e analisar a contribuição de cada sector na resposta nacional à epidemia	CNCS
	Explorar as possibilidades oferecidas pela cooperação regional e internacional na investigação sobre o HIV/SIDA	Comissão Científica do HIV/SIDA , CNCS, MINCOOP
2. Promover a recolha, sistematização e disseminação dos resultados da investigação	Incentivar as Universidades e outros centros de pesquisa a desenvolver programas específicos de investigação nas diversas vertentes do HIV/SIDA	Comissão Científica do HIV/SIDA , MESCT, MISAU e INE
	Promover estudos padronizados, coordenados com os ciclos de planificação, de prevalência do HIV/Sida e de Conhecimentos, Atitudes e Práticas (Estudos CAP)	Comissão Científica do HIV/SIDA , CNCS, INE, MESCT, MISAU Universidades, ONG's
3. Garantir a qualidade dos projectos de investigação	Desenvolver um centro de documentação multimédia sobre o HIV/SIDA e uma base de dados para benefício de entidades públicas, organizações privadas, ONG's, que investiguem ou realizem acções de combate ao HIV/SIDA	CNCS , MESCT
	Estabelecer mecanismos de ligação entre a Comissão Nacional de Bio-Ética e o CNCS	CNCS , MISAU, MESCT, INE

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação de cada acção estratégica

Fenómenos como ritos de iniciação, circuncisão masculina, prostituição ou sexo comercial nas suas diversas variantes, homossexualidade, não são sustentados por estudos sistemáticos baseados em critérios de validação científica. Na área biomédica, o incentivo e reforço aos

estudos das plantas medicinais podem ser um elemento importante para as actividades de mitigação das doenças oportunistas. Assim, o programa de investigação deve ser feito de modo a encorajar as diversas entidades interessadas pela investigação a darem especial atenção ao assunto.

Para a materialização deste objectivo propõe-se concretamente:

- ✓ Que o INE, em colaboração com outras instituições, leve a cabo o seu projecto de Inquérito Nacional de Seroprevalência com uma amostra representativa da população, de modo a que se possam tirar conclusões a nível Provincial e Distrital.
Será de toda a conveniência que esse estudo tenha **o seu início de realização até ao fim do primeiro ano de implementação deste plano**, de modo a que os seus resultados possam estar disponíveis por altura da avaliação de meio-termo e que se possa efectuar uma validação nacional dos dados colhidos nos postos sentinela;
- ✓ Que o INE, em colaboração com as Universidades e outras instituições que possuem capacidade de investigação na área sócio-cultural, realize um inquérito à escala nacional sobre os factores sócio-culturais que facilitam a infecção pelo HIV
Será de toda a conveniência que esse estudo tenha **o seu início de realização até ao fim do segundo ano de implementação deste plano**;
- ✓ Que se promovam estudos de base sobre os factores sócio-etno-culturais específicos das diversas zonas do país;
- ✓ Que o MISAU, em colaboração com o MESCT, com as Universidades e com outras instituições de investigação realizem um estudo abrangente sobre a propagação do HIV/SIDA pela via não sexual.
Será de toda a conveniência que esse estudo tenha **o seu início de realização até ao fim do primeiro ano de implementação deste plano**, de modo a que os seus resultados possam estar disponíveis por altura da avaliação de meio-termo;
- ✓ Que o MESCT, com as Universidades e com outras instituições de investigação apropriadas desenvolva estudos sobre as interacções entre a pobreza, desnutrição e vulnerabilidade ao HIV/SIDA e sobre os seus impactos na produtividade e nos indicadores macroeconómicos;
Será de toda a conveniência que esse estudo **seja realizado até ao fim do terceiro ano de implementação deste plano**;
- ✓ Que o Secretariado Executivo do CNCS, em colaboração com o MESCT, o SETSAN, MISAU, INE e as Universidades, apoie o desenvolvimento de modelos que possam melhorar o conhecimento acerca da evolução da epidemia, as suas consequências, os efeitos das medidas de seu combate;

- **Promover a recolha, sistematização, disseminação e utilização dos resultados da investigação**

Outro dado que resulta da Análise da Situação, é que não tem havido suficiente difusão dos resultados das investigações já realizadas. Às vezes não se trata de ausência de estudos científicos como tal, mas do acesso aos seus resultados por parte de um público mais vasto e das próprias instituições envolvidas no combate ao HIV/SIDA.

A utilidade da informação, qualquer que seja, assenta no facto dela estar disponível. O mesmo é válido para a área do HIV/SIDA. Com efeito, mais do que realizar estudos é preciso que seus resultados sejam tornados públicos e disponíveis e que as conclusões e recomendações saídas desses estudos sejam analisadas e eventualmente utilizadas como instrumentos de planificação e gestão. Neste sentido, urge criar mecanismos eficazes para a circulação de informação que decorre dos estudos que se vão realizando em diferentes pontos do país.

Ultimamente o HIV/SIDA tem atraído muitos investigadores e cientistas e começa-se a sentir a inclusão de temas relacionados com a epidemia tanto em trabalhos de fim de curso, nas instituições de ensino superior, assim como em outro tipo de pesquisa. É fundamental que se

continue a promover este tipo de investigação, mas para além disso é preciso que os resultados sejam sistematizados para poderem ser bem utilizados.

o **Garantir a qualidade dos projectos de investigação**

O processo da Análise da Situação constatou, também, um grande desnível de qualidade dos estudos analisados. Na realidade, a substância e qualidade dos resultados duma investigação decorrem da qualidade da proposta apresentada para esse estudo. Por outro lado, Moçambique ainda não possui capacidades suficientemente treinadas para a pesquisa, em particular na área social. Por isso, a criação duma comissão científica, que promova a investigação, pode ser é um factor de garantia de qualidade para a pesquisa.

Para alcançar estes objectivos, são propostas as seguintes estratégias:

- l Criação no MESCT, de uma comissão científica. Nessa comissão devem estar representadas instituições de investigação, Universidades e investigadores a título individual. A criação desta comissão justifica-se pela necessidade de se promover a investigação sobre HIV/SIDA, seus determinantes e suas consequências, definir prioridades para o desenvolvimento e financiamento dessa investigação e estabelecer um conjunto de critérios básicos para a garantia de qualidade, em particular para as pesquisas que forem realizadas, quer pelas entidades públicas e privadas se enquadrem nas prioridades acima referidas.
- l Criação no CNCS, de um grupo multi-sectorial para a promoção de investigação científica, com representação do MESCT, do MISAU, das Universidades, do INE, e de outras instituições vocacionadas para a investigação científica;
- l No sistema CRIS, instalado no Secretariado Executivo do CNCS, dever ser criado um domínio para contemplar a promoção da investigação e a divulgação dos seus resultados.
- l Encorajar a multidisciplinaridade na investigação científica sobre o HIV/SIDA;
- l Realizar estudos de impacto do HIV/SIDA em sectores estratégicos e analisar contribuição de cada sector na resposta nacional à epidemia.
- l Explorar as possibilidades oferecidas pela cooperação regional e internacional na investigação sobre o HIV/SIDA.
- l Incentivar as Universidades e outros centros de pesquisa a desenvolver programas específicos de investigação nas diversas vertentes do HIV/SIDA;
- l Promover estudos padronizados e a intervalos regulares, coordenados com os ciclos de Planificação, de prevalência do HIV/SIDA e de Conhecimentos Atitudes e Práticas (CAPs).
- l Desenvolver um centro de documentação multimédia sobre HIV/SIDA e uma base de dados para o benefício das organizações públicas, privadas e ONGs que investigam ou realizam acções de combate ao HIV/SIDA;
- l Estabelecer mecanismos de ligação entre o Comité Nacional de Bioética, o MESCT e o CNCS;

Área da Coordenação da Resposta Nacional

Objectivo Geral: Reforço da capacidade de planificação e coordenação e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão de recursos.

O objectivo é superar limitações estruturais e funcionais detectadas na análise de situação.

Embora a descentralização encerre riscos (tanto de tomada de cursos de acção desenquadrados dos objectivos e estratégias preconizadas neste Plano, como no uso de recursos), esses riscos devem ser avaliados relativamente às vantagens potenciais de libertar as iniciativas e permitir a execução flexível e oportuna das acções consideradas essenciais pelos sectores, comunidades e organizações. Por outro lado, na medida em que nos anos recentes se deu um desenvolvimento substancial dos sistemas de gestão financeira e de recolha e armazenamento de informação programática, uma combinação da descentralização das decisões programáticas e da gestão dos recursos, de um lado, com uma monitorização e auditorias adequadas, por outro, deverão substancialmente minimizar esses riscos.

Objectivos Específicos

A descentralização de decisões de gestão de recursos desdobra-se num conjunto de objectivos específicos, nomeadamente:

- ✦ Reforçar o papel do CNCS na coordenação da resposta nacional
- ✦ Assegurar que todos os sectores elaborem planos operacionais que contribuam para a realização dos objectivos e metas do PEN
- ✦ Assegurar que os planos de desenvolvimento de cada sector sejam coerentes com a estratégia nacional de combate ao HIV/SIDA
- ✦ Envolvimento das comunidades locais e suas lideranças em acções de combate ao HIV/SIDA
- ✦ Apoio a todas as instituições envolvidas na implementação do PEN no esforço para o melhoramento contínuo da qualidade da sua intervenção
- ✦ Melhoramento da coordenação das intervenções de todos os parceiros envolvidos no combate ao HIV/SIDA no País.
- ✦ Desenvolvimento das capacidades dos parceiros nacionais, com particular atenção na gestão de recursos e reforço do seu poder de negociação

○ **Reforçar o papel do CNCS na coordenação da resposta nacional**

Para que a descentralização não resulte em anarquização da resposta nacional à epidemia do HIV/SIDA é necessário que ela se realize sob a liderança do CNCS e do seu Secretariado Executivo. Assim deve ser objectivo específico nesta área reforçar o papel do CNCS na coordenação da resposta nacional. Este reforço deverá servir também para criar maiores capacidades de liderança e competências programáticas, técnicas e administrativas para um apoio mais eficaz às iniciativas dos vários intervenientes nas actividades concretas de combate à epidemia.

○ **Assegurar que todos os sectores elaborem planos operacionais que contribuam para a realização dos objectivos e metas do PEN 2005-2009**

Enquanto no passado a coordenação deu ênfase à criação de estruturas (núcleos, pontos focais, etc.), é necessário dar um cunho mais programático a esta função. Assim, o outro objectivo específico da coordenação deve ser o de assegurar que todos os sectores elaborem planos operacionais que contribuam para a realização dos objectivos e metas do PEN. Por outras palavras, a coordenação deverá ser cada vez mais vista como tendo por objecto garantir a realização do Plano através dos programas operacionais dos sectores e províncias, e não somente uma questão de fluxo de informações ou solicitação e fornecimento de recursos para

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – II Parte: Objectivos e Estratégias apoiar o que cada sector, organização ou província faz, independentemente da estratégia nacional.

Quadro VII

Objectivos, Estratégias e Metas do PEN 2005-2009: Coordenação		
OBJECTIVO GERAL: Reforço da capacidade de planificação e coordenação da resposta nacional, e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão de recursos		
OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES*
1. Reforçar o papel do CNCS na coordenação da resposta nacional 2. Assegurar que todos os sectores elaborem planos operacionais que contribuam para a realização dos objectivos e metas do PEN 3. Assegurar que os planos de desenvolvimento de cada sector sejam coerentes com a estratégia nacional de combate ao HIV/SIDA 4. Envolvimento das comunidades locais e suas lideranças em acções de combate ao HIV/SIDA 5. Apoio a todas as instituições envolvidas na implementação do PEN no esforço para o melhoramento contínuo da qualidade da sua intervenção 6. Melhoramento da coordenação das intervenções de todos os parceiros envolvidos no combate ao HIV/SIDA no país 7. Desenvolvimento das capacidades dos parceiros nacionais, com particular incidência na gestão de recursos e reforço do seu poder de negociação	- Integrar os Governadores Provinciais no elenco do CNCS.	CNCS (Conselho de Ministros)
	- Criação de núcleos Distritais de combate ao HIV/SIDA por co-optação e treino de funcionários integrantes das estruturas distritais, e o envolvimento de lideranças locais	MAE, MPF, CNCS (Conselho de Ministros)
	Implementação do PEN a nível de cada província através de um Programa Operacional Integrado que, anualmente, selecciona e harmoniza as acções de combate ao HIV/SIDA previstas nos Programas Sectoriais, nos projectos de ONG's e nas iniciativas locais.	SE-CNCS, MPF, Governos Provinciais
	Estabelecimento de níveis de autoridade por divisão administrativa para a aprovação de projectos de combate ao HIV/SIDA	SE-CNCS, MPF
	Reestruturação no Secretariado Executivo da Unidade de Planificação e Coordenação Multi-sectorial e criação de um Gabinete Jurídico	CNCS
	Mapeamento dos centros geográficos que, pelas suas características favoreçam comportamentos de risco e elaboração para cada um dos centros identificados de um programa operacional integrado.	CNCS , MISAU, MINT, MOPH, MTC, MIC, MADER, MJD, MIDEF, MIPESCAS, SETSAN, MSTES, UEM, INCCN, MITUR, MIREME
	Negociação para que doadores canalizem cada vez mais recursos de apoio ao combate do HIV/SIDA através de Fundos Comuns	MPF , MINCOOP, CNCS (Conselho de Ministros)
Negociação para a simplificação dos mecanismos de desembolso e procedimentos administrativos dos fundos disponibilizados para o combate ao HIV/SIDA	MPF, MINCOOP , CNCS	
Implementar medidas para garantir que somente aqueles programas de combate ao HIV/SIDA desenvolvidos pelas organizações internacionais que se adequam aos objectivos e estratégias da resposta nacional sejam implementados no país.	SE-CNCS, MPF, MINCOOP , CNCS	

* Nesta coluna indica-se em caracteres mais carregados a instituição que coordena o processo de implementação de cada acção estratégica

- **Assegurar que os planos de desenvolvimento de cada sector sejam coerentes com a estratégia nacional de combate ao HIV/SIDA**

Dado que a actuação dos diferentes sectores económicos e sociais influencia necessariamente a maneira como a epidemia se propaga, é necessário assegurar que os planos de desenvolvimento de cada sector sejam coerentes com a estratégia nacional. Este requisito envolverá naturalmente a tomada de decisões programáticas de combate à epidemia adaptadas e adequadas a cada sector. Com uma efectiva coordenação do SE-CNCS tal processo deverá permitir também que cada sector identifique as áreas de contacto com outros sectores, no que respeita às actividades de combate ao HIV/SIDA, e explore sinergias com vista, particularmente, à acção local.

Finalmente, cada sector deverá também identificar as fontes de recursos que poderão ser destinados ao esforço de combate da epidemia. Assim, a descentralização das decisões tornará mais eficaz o combate à epidemia, tanto em termos de adequação dos conteúdos das acções a serem realizadas, como em termos de mobilização de recursos que, dados os constrangimentos que decorrem da situação económica do país não poderão ser somente aqueles captados e tornados disponíveis através do Secretariado executivo do CNCS.

- **Envolvimento das comunidades locais e suas lideranças em acções de combate ao HIV/SIDA**

O presente Plano, preconiza uma viragem radical da perspectiva em que usualmente as comunidades locais são encaradas. Pretende-se que elas se tornem participantes activas, no processo. É necessário que se atinja um efectivo envolvimento das comunidades locais e suas lideranças em acções de combate ao HIV/SIDA. Por lideranças entendemos pessoas com poder de influência sobre segmentos significativos da população, tais como educadores, políticos, religiosos, anciãos, dirigentes juvenis e de organizações femininas, régulos, governantes, comerciantes, agricultores, homens de negócios e personalidades locais. Esta viragem já ocorre em alguns locais, mas deve ser generalizada.

Devem ser criados mecanismos locais através dos quais os líderes se encontrem regularmente para planear acções concretas de combate à epidemia, em particular nas áreas da prevenção e mitigação, mas também no apoio ao tratamento. Todas as estruturas de coordenação, devem prever nos seus planos operacionais acções concretas de estímulo e apoio das lideranças locais.

- **Apoio a todas as instituições envolvidas na implementação do PEN 2005-2009 no esforço para o melhoramento contínuo da qualidade da sua intervenção**

O CNCS e o seu Secretariado Executivo devem apoiar efectivo a todas as instituições envolvidas na implementação do PEN no esforço para o melhoramento contínuo da qualidade da sua intervenção. A eficácia e efectividade da resposta nacional dependem do aumento substancial da capacidade dos diferentes actores de articulação de projectos, sua execução e análise permanente dos seus resultados.

- **Melhoramento da coordenação das intervenções de todos os parceiros envolvidos no combate ao HIV/SIDA no país**

Os parceiros internacionais têm desempenhado e continuarão a jogar um papel extremamente importante no combate ao HIV/SIDA em Moçambique. Eles são uma fonte de recursos imprescindíveis ao sucesso do combate contra a epidemia: conhecimentos técnicos, experiência organizativa, vontade de cooperar e capacidade de apoiar financeiramente as actividades que não possam ser inteiramente suportadas pelos recursos nacionais.

Porém a actuação de alguns parceiros internacionais não tem sido tão eficaz como seria de desejar. Em parte isto deve-se à relativa fraqueza das estruturas nacionais que devem realizar o seu enquadramento e acompanhamento. Por outro lado, alguns parceiros insistem numa actuação independente, o que objectivamente prejudica o esforço de planificação e

coordenação. Esta situação cria constrangimentos à eficácia da resposta nacional, incluindo a possibilidade de desperdício de escassos recursos e falta de continuidade e sustentabilidade na acção. Torna-se assim necessário atingir um substancial melhoramento da coordenação das intervenções de todos os parceiros envolvidos no combate ao HIV/SIDA em Moçambique.

- **Desenvolvimento das capacidades dos parceiros nacionais com particular atenção na gestão de recursos e reforço da sua capacidade negocial**

A primeira condição para a sustentabilidade a médio e longo prazo do combate ao HIV/SIDA é a capacitação dos agentes de intervenção nos diversos sectores de actividade para um desempenho cada vez melhor nesse combate.

As estratégias preconizadas no presente Plano visam criar capacidades nacionais para uma resposta continuada, aos efeitos devastadores de uma doença de características muito peculiares. A formação e treino a todos os níveis, a consolidação de uma experiência nacional no combate ao HIV/SIDA a melhor gestão dos recursos disponíveis e o desenvolvimento de capacidade negocial – quer para a mediação das soluções preconizadas para os problemas, quer para a angariação de meios de acção afirmam-se áreas prioritárias nesta perspectiva.

- **Estratégias para o desenvolvimento da coordenação da resposta nacional à epidemia**

As estratégias preconizadas pelo presente Plano para o desenvolvimento da coordenação da resposta nacional podem ser sistematizadas em três grupos.

Estratégias viradas ao reforço do CNCS e desenvolvimento da sua estrutura executiva para permitir a descentralização

Incluem:

- ì Integração os Governadores Provinciais no elenco do CNCS.
- ì A criação de núcleos Distritais de combate ao HIV/SIDA.
- ì O estabelecimento de níveis de autoridade por divisão administrativa para a aprovação de projectos.

Conjuntamente, estas estratégias constituem medidas de descentralização que vão directamente ao encontro do objectivo geral. Elas irão também contribuir para reforçar o papel do CNCS na coordenação da resposta nacional, na medida em que irão estender aos níveis administrativos mais baixos as estruturas de coordenação multi-sectorial e gestão dos recursos, criar mecanismos sustentáveis de comunicação sistemática entre a estrutura central e os restantes níveis, e estabelecer a rede dos mecanismos e regras de decisão e gestão descentralizada. O estabelecimento de níveis de autoridade aos vários escalões administrativos (contemplando aspectos como poderes de decisão sobre conteúdos programáticos, e de aprovação de projectos, transferências de fundos, contratação de serviços, etc., de acordo com montantes envolvidos, competências e níveis na administração e estruturas de coordenação), é crucial para tornar a estrutura de coordenação versátil ao mesmo tempo que se minimizam os riscos de anarquia e perturbação à integridade do sistema.

A cooptação e treino de funcionários integrantes das estruturas distritais, e o envolvimento de lideranças locais é fundamental para evitar a proliferação de novas estruturas exigindo novos recrutamentos. O presente Plano preconiza que os Núcleos Distritais de Combate ao HIV/SIDA sejam constituídos pelos quadros de direcção dos diferentes organismos do governo normalmente representados ao nível do Distrito (tais como Educação, Saúde, Agricultura e Desenvolvimento Rural, Obras públicas e Habitação), bem como líderes em outras áreas da actividade económica, social e cultural.

Estratégias viradas à criação da capacidade de aprendizagem, crescimento e o melhoramento da eficácia das intervenções das organizações

Incluem:

- ✦ Diagnóstico sistemáticos e regulares visando identificar as fraquezas das instituições envolvidas no combate ao HIV/SIDA e apoiar o esforço para a sua superação;
- ✦ Medidas visando reforçar a capacidade de todas as instituições envolvidas no combate ao HIV/SIDA para realizar acções de monitoria e avaliação dos seus projectos;
- ✦ Acções de desenvolvimento das capacidades nacionais.

Embora cresça rapidamente o número de organizações não-governamentais envolvidas nos diferentes aspectos do combate ao HIV/SIDA, a maior parte delas ainda não tem a experiência organizativa necessária a uma acção eficaz. O diagnóstico sistemático destas organizações vai permitir a determinação das áreas nas quais elas deverão ser apoiadas. As medidas de monitorização e avaliação devem ser parte integrante dos planos operacionais, devendo o SE-CNCS tomar como sua tarefa o desenvolvimento das respectivas metodologias.

O SE-CNCS deve criar um sistema de certificação das organizações provedoras de serviços no âmbito do combate ao HIV/SIDA de modo a facilitar a procura e diminuir o risco de contratar organizações não vocacionadas ou que prestam informações não verdadeiras acerca da sua capacidade de os providenciar. Esta medida deve assumir grande prioridade, pois já na fase da operacionalização os diferentes sectores sentirão a necessidade de obter os serviços destas organizações.

Estratégias para tornar efectiva a coordenação multi-sectorial das acções de combate ao HIV/SIDA

Incluem:

- A criação no Secretariado Executivo do CNCS de numa grande Unidade de «Planificação, Gestão de Projectos, Coordenação Monitorização e Avaliação». Esta Unidade deve ter subunidades de «Monitorização e Avaliação», «Coordenação multisectorial», «Coordenação com a Sociedade Civil» e deve ter capacidade para Elaboração, Desenvolvimento e Avaliação de Projectos, bem como para definir normas e orientações nestas áreas.
- Medidas para garantir a Implementação do PEN a nível de cada província através de um Programa Operacional Provincial Integrado.
- O mapeamento dos centros geográficos que, pelas suas características favoreçam comportamentos de risco e elaboração, para cada um dos centros identificados, de um programa operacional integrado.

O presente Plano preconiza que sejam tomadas medidas para garantir a Implementação do PEN 2005-2009 a nível de cada província através de um Programa Operacional Integrado que, anualmente, selecciona e harmoniza as acções de combate ao HIV/SIDA previstas nos Programas Sectoriais, nos projectos de ONG's e nas iniciativas locais. A metodologia de elaboração destes programas deve ser rapidamente desenvolvida.

A análise da situação permitiu identificar elementos suficientes que sugerem que existem vários locais de concentração ou fluxos de pessoas que podem facilitar a propagação da epidemia.

A consciência acerca da existência desta realidade é generalizada a vários níveis das instituições públicas e privadas, que têm apontando para a necessidade urgente de a estratégia do combate ao HIV/SIDA assentar no reconhecimento dos riscos e oportunidades que ela oferece.

Assim, o presente Plano recomenda o mapeamento de tais lugares e a elaboração, para cada um deles de um programa operacional integrado como um dos principais pilares da estratégia da resposta nacional. Isto deve incluir a localização geográfica destes lugares, a análise sistemática e mais aprofundada do mecanismo como a sua natureza se relaciona com a propagação da epidemia, bem como a determinação dos tipos e prioridades das actividades de combate à epidemia mais adequados a cada um deles, em função dos graus de prevalência do HIV/SIDA, grupos altamente vulneráveis e vulneráveis neles presentes e condições logisticas para o desenvolvimento das actividades, entre outros factores. Este exercício deve abranger todos os sectores e organizações de tutela das actividades que se desenvolvem nesses lugares.

Os programas sectoriais e provinciais para a operacionalização do presente Plano devem contemplar o desenvolvimento de planos operacionais integrados específicos que coordenem vertical e horizontalmente as acções de intervenção nesses lugares.

II. Mecanismos de Monitorização e Avaliação

Um Plano Nacional Multi-sectorial de Combate ao HIV/SIDA desta envergadura implica a criação dum sistema de monitorização do progresso na sua implementação. Ele implica também mecanismos de avaliação da sua eficácia e eficiência e do seu impacto. Para facilitar esse processo, propõe-se a criação de um Sistema de Multi-sectorial de Informação sobre HIV/SIDA.

1. Monitorização do Progresso na Implementação

A monitorização do progresso na implementação de qualquer Plano corresponde sempre a descrever o que foi realizado e comparar, em que medida as actividades realizadas correspondem ao que estava programado. Como o detalhe do Plano em actividades só se faz na fase de operacionalização, a monitorização deste Plano será efectuada em função das actividades que venham a ser fixadas nas Componentes Operacionais deste Plano de Combate ao HIV/SIDA. Este processo far-se-á por Relatórios Semestrais que devem descrever o grau de adiantamento na implementação dessas actividades, indicando igualmente as dificuldades e constrangimentos encontrados e meios utilizados para os ultrapassar. Estes Relatórios devem conter um Anexo Financeiro com detalhes dos financiamentos recebidos e das despesas efectuadas para a realização das actividades e sua comparação com o Orçamento previsto.

Os Relatórios devem assinalar e explicar todos os eventuais desvios do programado, tanto em termos de actividades, como em termos de recursos financeiros.

A elaboração destes Relatórios cabe a quem exercer a Chefia de cada um dos sectores encarregues da implementação.

Estes relatórios serão apreciados pela Unidade de Planificação, Monitorização e Avaliação do CNCS, com o apoio do Grupo Multi-sectorial de Monitorização e Avaliação, que, por sua vez, elaborará um relatório para apreciação pelo Secretariado Executivo.

2. Avaliação da Eficácia e Eficiência

A **EFICÁCIA** mede o **grau de realização ou de cumprimento** dos objectivos e metas pré-determinados no Plano^{iv e v}.

A **EFICIÊNCIA** exprime a relação entre os resultados obtidos na implementação do Plano (grau de cumprimento dos objectivos) e os **meios utilizados** (recursos humanos, materiais e financeiros, processos e tecnologia utilizados e, muito importante, tempo gasto para atingir esses resultados)^{vi e vii}.

A avaliação da **EFICÁCIA** e da **EFICIÊNCIA** far-se-ão por uma equipa externa à implementação, mas nada impede que ela seja constituída por funcionários do CNCS ou dos diversos Ministérios. O importante é que os avaliadores não estejam directamente ligados à implementação do Plano. Contudo, esse grupo deve trabalhar em estreita colaboração com a Unidade Responsável pela Monitorização e Avaliação e com Grupo Multi-sectorial de Monitorização e Avaliação.

Esta avaliação faz-se em 2 momentos de implementação do Plano. A meio da sua realização («avaliação de meio termo» a realizar entre o início do 6º semestre de implementação e o fim do 7º) e no fim do período de implementação (avaliação final). Esta flexibilidade na fixação da avaliação de meio termo é devida ao facto que a medida do grau de cumprimento de alguns dos objectivos deste Plano só se pode fazer por inquéritos, como seja o Inquérito Nacional de Seroprevalência, o Inquérito Demográfico e de Saúde, um Estudo CAP, ou o QUIBB que têm uma certa periodicidade já definida, pelo que as datas de realização nem sempre podem ser modificadas. No momento de elaboração da componente Operacional deste Plano devem ser indicadas, como actividades específicas, a realização de inquéritos ou estudos que se tornem absolutamente necessários para a recolha de dados para a avaliação da eficácia e/ou da eficiência.

Para simplificar o trabalho da equipa de avaliação, a Unidade Responsável pela Monitorização e Avaliação, com a colaboração do Grupo Multi-sectorial de Monitorização e

Avaliação, deve elaborar Relatórios preparatórios, um relatório para a avaliação de meio termo e outro para a avaliação final, nos quais se indicará o grau de realização dos objectivos e metas pré-determinados no Plano e prestará informação detalhada sobre os meios utilizados, em termos de recursos humanos, materiais e financeiros, os processos e tecnologias utilizados e, muito importante, tempo gasto para atingir esses resultados. Para este efeito, os relatórios devem conter um cronograma de implementação do Plano, com indicação dos prazos previstos para cada objectivo e as datas efectivas de realização.

Os indicadores a utilizar para a avaliação da eficácia e da eficiência são os que tiverem sido utilizados na fixação dos objectivos.

3. Avaliação do Impacto

O **impacto** exprime o efeito global dum Plano, dum programa, dum serviço ou duma instituição sobre a sociedade e o seu desenvolvimento social, económico e sanitário.

A apreciação do impacto só se pode determinar depois de terminada a implementação do Plano e por isso ela visa determinar as mudanças que poderia ser necessário introduzir na orientação dos programas em novos ciclos de planificação.

A avaliação do impacto deste Plano só poderá fazer-se por ocasião da avaliação final do Plano e far-se-á, nessa altura, em simultâneo com a avaliação da eficácia e da eficiência.

Ao elaborar o Relatório para a avaliação final, a Unidade Responsável pela Monitorização e Avaliação, com a colaboração do Grupo Multi-sectorial de Monitorização e Avaliação, terá em conta que esse relatório também servirá à avaliação do impacto.

A equipa externa de avaliação, já atrás indicada para a «avaliação final», fará também a avaliação do impacto.

Do mesmo modo que para a avaliação da eficácia e da eficiência, os indicadores a utilizar para a avaliação do impacto são os que tiverem sido utilizados na fixação dos objectivos.

O trabalho já realizado pela Unidade Responsável pela Monitorização e Avaliação, em colaboração com o Grupo Multi-sectorial de Monitorização e Avaliação, é de aproveitar para com base nele e nos indicadores propostos nesta Componente Estratégica, avançar-se agora para a criação de um verdadeiro Sistema Nacional Multi-sectorial de Informação para a área do HIV/SIDA, baseado no Secretariado Executivo do CNCS e integrado no CRIS. O trabalho já realizado pela Unidade Responsável pela Monitorização e Avaliação, em colaboração com o Grupo Multi-sectorial de Monitorização e Avaliação, já permitiu determinar a responsabilidade de cada um dos intervenientes neste processo, para a colheita de rotina ou através de inquéritos, investigações ou estudos específicos, dos dados necessários à avaliação da eficácia, da eficiência e do impacto.

A Tabela da página seguinte, ilustra de forma esquemática os diversos tipos de avaliação ou monitorização, o calendário de realização (em termos de periodicidade ou de momento), os instrumentos de preparação para a avaliação e as responsabilidades em cada um dos passos necessários para a avaliação.

Tabela – Esquema e calendário de avaliação

Tipo de Monitorização ou Avaliação	Periodicidade ou momento	Instrumentos de Preparação para a Avaliação	Responsabilidade de preparar a avaliação	Responsabilidade de Avaliação
Monitorização do progresso	Semestral	Relatórios Semestrais	Unidade de Monitorização e Avaliação, em colaboração com o Grupo Multi-sectorial	Secretariado Executivo e CNCS
Avaliação da eficácia e da eficiência	Entre o início do 6º semestre de implementação e o fim do 7º	Relatório para a avaliação de meio termo	Unidade de Monitorização e Avaliação, em colaboração com o Grupo Multi-sectorial	Avaliação de meio termo pela equipa externa à implementação do Plano que apresenta Relatório ao Secretariado Executivo e CNCS
	No fim do período de implementação	Relatório para a avaliação final	Unidade de Monitorização e Avaliação, em colaboração com o Grupo Multi-sectorial	Avaliação final pela equipa externa à implementação do Plano que apresenta Relatório ao Secretariado Executivo e CNCS
Avaliação do impacto	No fim do período de implementação			

4. Lista dos Indicadores a Incluir no Sistema Nacional Multi-sectorial de Informação para a área do HIV/SIDA

O Secretariado Executivo do CNCS, através da sua Unidade de Monitorização e Avaliação, com a colaboração do Grupo Multi-sectorial, elaborou recentemente uma lista de Indicadores (ver Anexo I)^{viii} para a Monitorização e Avaliação da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA. Essa lista em consideração todos os indicadores que resultam de compromissos internacionais de Moçambique, nomeadamente, Metas de Desenvolvimento do Milénio, Indicadores do UNGASS, Indicadores do acordados no quadro do projecto MAP do Banco Mundial e e no quadro do Projecto do Fundo Global. Esta lista tem ainda em consideração indicadores de carácter nacional, como indicadores do PESS e do ESDEM. Na elaboração desta lista houve também a preocupação de ter em conta a capacidade nacional de recolha da informação para o cálculo desses indicadores.

Nestas circunstâncias, porque este trabalho é recente e, sobretudo, porque ele foi norteador pelas mesmas preocupações que guiaram a elaboração desta Componente Estratégica do PEN 2005-2009, adoptámos esta lista que consideramos satisfaz as necessidades de monitorização e avaliação deste Plano.

ANEXO I**Lista de Indicadores nucleares da estrutura completa de M&A da resposta nacional (Nível de Impacto e Efeito)**

INDICADORES NUCLEARES		Ref.	Fonte de dados
Análise do impacto	Indicadores de Impacto		
Redução da incidência de HIV/SIDA	<i>Taxa de prevalência de HIV na população adulta, por sexo e grupos etários (15 – 19, 20 – 24 and 25 – 49) e província</i>	I11	Relatório de vigilância epidemiológica e Impacto Demográfico do HIV/SIDA
	<i>% de crianças sero-positivas (HIV+) nascidas de mães sero-positivas (HIV+)</i>	I12	MISAU (Informe dos serviços de PTV) (alternativamente, poder-se-á utilizar a estimacão baseada na fórmula ¹)
Melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas e afectadas	Esperança de vida ao nascer, considerando o efeito do SIDA	I13	Impacto Demográfico do HIV/SIDA
	<i>Razão de crianças órfãs (6-17 anos) e não órfãs no ensino escolar (por sexo e provincial)</i>	I14	Levantamento de registos escolares
Análise dos efeitos	Indicadores de efeitos		
Aumento do conhecimento sobre a prevenção de HIV/SIDA	<i>% de pessoas (15-49 anos) que conseguem identificar correctamente formas de prevenção da transmissão sexual do HIV e rejeitam as concepções erradas mais comuns de transmissão do HIV/SIDA (por sexo e idade)</i>	IE1	Pesquisas baseadas na população (ex., IDS)
Redução de comportamentos de alto risco	<i>Mediana da idade da 1ª relação sexual nos adolescentes e jovens de 15-24 anos (por sexo e faixa etária)</i>	IE2	Pesquisas baseadas na população (ex., INJAD)
	<i>% de adolescentes e jovens (15-24 anos) que declarou ter usado preservativo há última relação sexual com parceiro ocasional (por sexo e idade)</i>	IE3	Pesquisas baseadas na população (ex., INJAD, pesquisas de vigilância comportamental)
Redução do estigma e discriminação de pessoas vivendo com HIV/SIDA	<i>% de pessoas com atitudes discriminatórias para com as pessoas vivendo com HIV/SIDA (por sexo e grupo etário)</i>	IE4	Pesquisas baseadas na população (ex., IDS)

Quadro 2. Indicadores nucleares da estrutura completa de M&A da resposta nacional – Nível de programas

Indicadores nucleares		Ref.	Fonte de dados
Prevenção do HIV/SIDA	Indicadores de Resultados		
Melhoria da qualidade prevenção e tratamento de ITS e HIV/SIDA	<i>% de pacientes com ITS atendidos nas unidades sanitárias, diagnosticados, tratados e aconselhados de acordo com os protocolos estabelecidos</i>	IR1	Inquérito sobre a cobertura de serviços de saúde nas unidades sanitárias
Prevenção da transmissão vertical	<i>% de mulheres grávidas sero-positivas (HIV+) que receberam profilaxia de ARV's para reduzir o risco da transmissão vertical</i>	IR2	Inquérito sobre a cobertura de serviços de saúde nas unidades sanitárias
Garantia da bio-segurança de sangue e infecções nosocomiais	% de bancos de Sangue – Centros de Transfusão com programa de controle de qualidade efectivo	IR3	Inquérito sobre a cobertura de serviços de saúde nas unidades sanitárias
	% de colheitas de sangue testadas em HIV e sífilis de acordo com os protocolos estabelecidos	IR4	Inquérito sobre a cobertura de serviços de saúde nas unidades sanitárias

¹ $[MG*(1-E)+(1-MG)]*TT$, onde MG = % de mulheres grávidas HIV+ em profilaxia e tratamento ARV, E = Eficiência de tratamento ARV que é fornecida (50%) e TT = Taxa de Transmissão vertical

PEN 2005-2009 – Componente Estratégica – II Parte: Objectivos e Estratégias

Promoção de práticas seguras	% de adolescentes e jovens (10-24 anos) treinados em habilidades e educação para a vida em HIV/SIDA dentro e fora da escola	IR5	MINED e MIJUDE (Informe sobre treinamento de adolescentes e jovens)
	<i>% de escolas com professores treinados em habilidades para a vida baseada em HIV/SIDA e que leccionaram no último ano lectivo</i>	IR6	MINED (informe sobre treinamento)
Tratamento, cuidados e apoio clínico	Indicadores de resultados		
Cuidados clínicos	% de pacientes seropositivos (HIV+) seguidos e tratados nos Hospitais de Dia, com uma ou mais infecções oportunistas(10), incluindo tuberculose	IR7	MISAU (Relatório do Hospitais de Dia)
	<i>% de pessoas com infecção avançada que recebem terapia de ARV</i>	IR8	MISAU (relatório de TARV)
Cuidados e apoios comunitários e domiciliários	Indicadores de resultados		
Crianças órfãs e vulneráveis	Nº de COV recebendo cuidados/apoios comunitários e domiciliários (por tipo de ajuda, distrito e sexo)	IR9	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
	Nº de iniciativas comunitárias ou de OBC's recebendo suporte em cuidados para COV's	IR10	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
Pessoas vivendo com HIV/SIDA	Nº de pessoas /familias recebendo assistência externa em cuidados para adultos que tem estado cronicamente doente	IR11	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
Fortalecimento de capacidade e parcerias	Indicadores de resultados		
Apoio institucional	Quantidade e % de fundos canalizados pelo CNCS-SE às OSC's instituições do sector público e privado (por tipo de organização)	IR12	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
Política e advocacia no local de trabalho	Indicadores de resultados		
Políticas e programas no local de trabalho	<i>% de grandes empresas, instituições e companhias que têm programas ou políticas estabelecidas nos seus locais de trabalho (por tipo de instituição e despesa)</i>	IR13	Inquérito no sector de trabalho
Implementação de actividades no sector de trabalho	Nº de funcionários e seus cônjuges em todos os sectores que são alcançados por actividades específicas de combate ao HIV/SIDA nos seus sectores de trabalho	IR14	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
Monitoria do esforço nacional	Indicadores de resultados		
Formação, estudos e pesquisas	Nº de OSC, instituições do sector público e privado treinados em M&A de actividades/projectos	IR15	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
	Nº de estudos relacionados com o HIV/SIDA realizados	IR16	CNCS-SE (informe trimestral sobre a implementação de acções)
Gestão de compromissos nacional	<i>Quantidade de fundos gastos em HIV/SIDA (por categoria de despesas e fontes de financiamento)</i>	IR17	Levantamentos no MPF
	<i>Índice compósito da resposta nacional</i>	IR18	Questionário sobre o ICRN

Nota: Os indicadores em itálico fazem parte da declaração de UNGASS sobre HIV/SIDA

III. Lista de referências Bibliográficas

-
- i **NEWEL ML: Prevention of mother-to-child transmission of HIV: challenges for the current decade. Bulletin of the World Health Organization. 79(12):1138-44, 2001.**
 - ii **BROCKLEHURST P: Interventions for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. Cochrane Database System Review (1):CD000102, 2002.**
 - iii **BULTERYS, Marc e al: O papel das parteiras tradicionais na prevenção da transmissão perinatal do HIV. Notícias SIDA, Volume 9, No 4 Página 17, Dezembro de 2003.**
 - iv **WHO: Evaluation of Health Programs. Genebra, WHO, "Health for All" Series nº 6, 1981.**
 - v **MARTINS, Helder: Metodologia de Aprendizagem por Solução de Problemas — Volume II: Manual de Implementação. Editorial Terceiro Milénio, Maputo, 2000.**
 - vi **WHO: Evaluation of Health Programs. Genebra, WHO, "Health for All" Series nº 6, 1981.**
 - vii **MARTINS, Helder: Metodologia de Aprendizagem por Solução de Problemas — Volume II: Manual de Implementação. Editorial Terceiro Milénio, Maputo, 2000.**
 - viii **CNCS – SECRETARIADO EXECUTIVO: Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA. Maputo, CNCS, Março de 2004.**