



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE



**PLANO ESTRATÉGICO
NACIONAL DE COMBATE ÀS
ITS **A**HIV **A**SIDA
SECTOR SAÚDE
2004 - 2008**

MOÇAMBIQUE



Maputo, 19 Março 2004

ÍNDICE

LISTA DE ANEXOS	4
LISTA DE ABREVIATURAS	6
SUMÁRIO EXECUTIVO	7
I. INTRODUÇÃO	12
I.1. ANÁLISE DA RESPOSTA DO MISAU DENTRO DO PEN 2000-2003	12
I.1.1. CONSTRANGIMENTOS	15
I.2. JUSTIFICAÇÃO PARA A ACTUALIZAÇÃO DO PEN IST/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE	16
I.2.1. IMPACTO DEMOGRÁFICO	17
I.2.2. IMPACTO SOBRE O SECTOR SAÚDE	17
I.2.3. NOVOS DESENVOLVIMENTOS	18
I.3. ELABORAÇÃO DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE 2004 - 2008	20
II. ANÁLISE DA PROCURA E DA OFERTA POTENCIAL DOS SERVIÇOS	21
II.1. ANÁLISE DA PROCURA POTENCIAL	21
II.2. ANÁLISE DA OFERTA POTENCIAL DE SERVIÇOS	22
III. MANDATO DO MISAU	25
IV. PRINCÍPIOS ORIENTADORES	26
IV.1. PRINCÍPIOS DE BASE	26
IV.2. ÁREAS CHAVES DE INTERVENÇÃO	28
IV.3. O CONCEITO DA RI PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO	28
IV.4. INTERLIGAÇÃO DAS COMPONENTES E DOS SERVIÇOS	32
IV.5. REGRAS PARA A EXPANSÃO DAS PRINCIPAIS COMPONENTES DO PEN ITS/HIV/SIDA- SECTOR SAÚDE	32
IV.6. DOCUMENTOS CHAVES ANEXOS AO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE	33
V. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS	34
V 1. OBJECTIVO GERAL E RESULTADOS ESPERADOS	34
V.2. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS POR COMPONENTE	36
V.2.1. PROMOÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS	36
V.2.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS ITS	36
V.2.3. INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO	37

V.2.4. GABINETES DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM VOLUNTÁRIA	39
V.2.5. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL	41
V.2.6. PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS	43
V.2.7. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS	44
V.2.8. TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL PARA OS ADULTOS E CRIANÇAS	47
V.2.9. BIOSSEGURANÇA	52
V.2.10. TRANSFUSÃO SEGURA DE SANGUE	53
V.2.11. SERVIÇOS AMIGOS DO ADOLESCENTE E JOVEM	56
V.2.12. SAÚDE MENTAL	57
V.2.13. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA	58
V.2.14. NUTRIÇÃO	60
V.2.15. MEDICINA TRADICIONAL	60
V.3. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS DOS SERVIÇOS DE APOIO	61
V.3.1. QUADRO LEGAL E GÉNERO	62
V.3.2. PLANIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL	66
V.3.3. RECURSOS HUMANOS	68
V.3.4. MONITORIA E AVALIAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	73
V.3.5. SISTEMA DE GESTÃO FINANCEIRA	77
V.3.6. REHABILITAÇÃO E CONSTRUÇÃO	80
V.3.7. LOGÍSTICA	81
V.3.8. FARMÁCIA	83
V.3.9. LABORATÓRIOS	85
VI. GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE	88
VI.1. ESTRUTURA DE GESTÃO AO NÍVEL CENTRAL	88
VI.1.1. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DA EQUIPA DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE	88
VI.1.2. FUNÇÕES DAS COMPONENTES DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE	89
VI.1.3. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DOS GRUPOS DE TRABALHO	90
VI.1.4. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DO GRUPO DE GESTÃO DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE	91
VI.1.5. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DO GRUPO TÉCNICO	93
VI.2. ESTRUTURA DE GESTÃO AO NÍVEL PROVINCIAL E REGIONAL	93
VI.3. MECANISMOS DE COORDENAÇÃO EXTERNA	93
VI.4. CONTRATAÇÃO COMO OPÇÃO ESTRATÉGICA	94
VII. CUSTOS DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE, 2004-2008	96
VIII. RISCOS E DESAFIOS	98
VIII.1. FINANCIAMENTO INSUFICIENTE	98
VIII.2. DESCOORDENAÇÃO DAS INTERVENÇÕES	98
VIII.3. NÃO ADERÊNCIA AO TARV E CRIAÇÃO DE RESISTÊNCIAS	98
VIII.4. GESTÃO INEFICAZ DOS RECURSOS	99
VIII.5. DESVIO DE MEDICAMENTOS	99
VIII.6. COMPETIÇÃO COM OUTROS PROGRAMAS	99
VIII.7. CAPACIDADE INSTITUCIONAL	100
VIII.8. NÃO CUMPRIMENTO INTEGRAL DAS LEIS E/OU NORMAS VIGENTES	100

LISTA DE ANEXOS

- ANEXO I: [Serviços existentes em 2003 e previstos para 2004](#)
- ANEXO II: [Algoritmo para iniciar o TARV em adultos](#)
- ANEXO III: [Diagrama sobre o fluxo de informação](#)
- ANEXO IV: [Fluxo financeiro no contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde](#)
- ANEXO V: [Fluxo de medicamentos no HDD](#)
- ANEXO VI: [Localização das componentes e dos serviços de apoio](#)
- ANEXO VII: [Grupos de trabalho e e liderança](#)
- ANEXO VIII: [Visão geral da coordenação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde](#)
- ANEXO IX: [Proposta de estrutura de gestão a nível provincial](#)
- ANEXO X: [Custos do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, 2004-2008](#)

A problemática da complexidade do tratamento com antiretrovirais e a inserção dos doentes nas suas famílias, na sua comunidade, levou à definição de estratégias tendo em conta todo um apoio domiciliário que inclua um conjunto de acções por forma a garantir uma maior aderência ao tratamento, um melhor apoio psicossocial e um suporte nutricional. Para a execução deste tipo de actividades reconhece-se o papel activo da sociedade civil nomeadamente o sector religioso, ONG's, instituições privadas e organismos diversos que têm vindo a apoiar inúmeras actividades de índole comunitária.

Esta actualização do Plano Estratégico, pela sua natureza vai permitir que o sistema de gestão dos nossos programas sejam actualizados e modernizados, melhorando desta forma a nossa capacidade de monitoria e avaliação a todos os níveis.

Sabemos que o plano é muito ambicioso, que vai exigir de todos nós um grande empenho e dedicação. Estamos convictos que a implementação deste novo Plano Estratégico tendo em conta os objectivos traçados e actividades contempladas irão com certeza alterar positivamente o panorama da doença em Moçambique.

Estamos convictos também que a implementação rigorosa dos planos traçados permitirá uma resposta mais adequada e realista tendo em conta o actual desenvolvimento do sector saúde.

A todos aqueles que muito contribuíram para a realização do presente Plano Estratégico de Combate às ITS/HIV/SIDA o nosso agradecimento na certeza de que colocarão o mesmo esforço na concretização do mesmo.

Maputo, 19 de Março de 2004.

O Ministro da Saúde

Dr. Francisco Ferreira Songane

LISTA DE ABREVIATURAS

AMODEFA - Associação Moçambicana de Desenvolvimento da Família
ATV - Aconselhamento e Testagem Voluntária
CCS - Conselho Coordenador de Saúde
CD - Cuidados Domiciliários
CDC - Centros de Controle de Doenças de Atlanta
CEID - Centro de Elaboração e Integração de Dados
CNCS - Conselho Nacional de Combate ao SIDA
DAM - Direção de Assistência Médica
doc - dias cama ocupadas
DPS - Direção Provincial de Saúde
DRH - Direção de Recursos Humanos
FUNAP - Fundo das Nações Unidas para Apoio à População
GATV - Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária
GT-SWAP - Grupo técnico "Sector Wide Approach"
HDD - Hospital de Dia
HIV- Vírus de Imunodeficiência Humana
IEC - Informação Educação e Comunicação
IO - Infecções Oportunistas
ITS - Infecções de Transmissão Sexual
MAP - Multicountry Aids Program
MARV - Medicamentos Antiretrovirais
MIJUS - Ministério da Juventude
MINEC - Ministério da Cultura
MISAU - Ministério da Saúde
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não-Governamental
ONUSIDA - Organização das Nações Unidas de Combate ao SIDA
PARPA - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PDRH - Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
PVHS - Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
RI - Redes Integradas
SAAJ - Serviços Amigáveis para Adolescentes e Jovens
SIDA - Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SIMP - Sistema Integrado de Monitoria e Planificação
SIP - Sistema de Informação de Pessoal
SIS - Sistema de Informação de Saúde
SNS - Serviço Nacional de Saúde
SVE - Sistema de Vigilância Epidemiológica
TARV - Tratamento Antiretroviral
TIO - Tratamento das Infecções Oportunistas
TOC - Taxa de Ocupação de Camas
UNICEF - Fundo das Nações Unidas para Apoio à Infância
US - Unidade Sanitária

SUMÁRIO EXECUTIVO

Em 1999 foi produzido o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (PEN), de âmbito multisectorial. A responsabilidade do MISAU centralizava-se na garantia de biossegurança das actividades do sector, as transfusões seguras de sangue, diagnóstico e tratamento das infecções de transmissão sexual, diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas incluindo a tuberculose, e vigilância epidemiológica e monitorização. Naquela altura, o tratamento antiretroviral não foi considerado uma opção, quer pelo seu custo elevado, quer pelas dificuldades técnicas inerentes à sua implementação, no contexto duma rede sanitária com graves carências.

A necessidade de actualização do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde acentua-se com a publicação das projecções de impacto demográfico do HIV/SIDA, que apresentava um aumento rápido da prevalência, modelando efeitos dramáticos a médio prazo. Por outro lado, o sector saúde vai sofrer o impacto de várias formas: não somente pela afecção dos seus trabalhadores, mas o aumento da procura de serviços curativos; por último, desde a produção do primeiro PEN registaram-se inovações substanciais no tocante às possibilidades de intervenção; a redução dos preços dos MARV, e o aparecimento de iniciativas que disponibilizam financiamento para esta intervenção tornam, pela primeira vez, o tratamento dos doentes com SIDA, uma opção possível em larga escala.

Usando critérios de custo-eficácia, foram analisadas as intervenções preventivas e curativas de responsabilidade do MISAU possíveis de implementar e, seleccionadas as de maior efeito sobre a evolução e o impacto da epidemia. Estas foram agrupadas em seis áreas-chaves.

- Reduzir a transmissão sexual.
- Reduzir a transmissão vertical.
- Melhorar a qualidade de serviços prestados nas US, no âmbito da prevenção do HIV/SIDA.
- Reduzir o impacto do HIV/SIDA sobre os trabalhadores de saúde.
- Aumentar a sobrevivência e qualidade de vida das PVHS.
- Melhorar a qualidade e uso da informação sobre HIV/SIDA.

Cada área-chave representa uma intervenção ou grupo de intervenções com efeito identificável sobre a evolução e o impacto da epidemia de HIV/SIDA. Porém, o efeito combinado da implementação de várias intervenções em simultâneo e no mesmo lugar é maior do que isoladamente. Integrar todas as intervenções num contínuo de acções que, por sua vez, é oferecido em dentro dum sistema de prestação de serviços em associação com outras actividades terá ainda um efeito multiplicador.

No presente documento é definido claramente o mandato do MISAU no contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, bem como os princípios orientadores. São também definidas algumas novas componentes e conceitos (GATV, Cuidados Domiciliários, Hospital de Dia, Rede Integrada,) bem como as regras para a extensão de todas as componentes e serviços de apoio ligados ao PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e a inclusão de aspectos relacionados com o género no que se relaciona directamente com o sector da saúde.

O objectivo do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde é o de oferecer uma combinação adequada de serviços de saúde preventivos e curativos, com forma de reduzir as transmissões sexual e a vertical, evitar a transmissão do HIV nas US, e prolongar o tempo e a qualidade de vida das PVHS, incluindo os próprios trabalhadores de saúde.

Assim, foram definidas 15 diferentes componentes e programas relacionados ao PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, bem como 9 serviços de apoio que correspondem à estrutura existente ao nível do MISAU, da seguinte forma:

Componentes do PEN ITS /HIV/SIDA	Serviços de apoio do PEN ITS /HIV/SIDA	
Componentes preventivas		
1. Promoção e distribuição de preservativos	1. Aspectos legais, jurídicos e do género 2. Formação e gestão dos recursos humanos 3. Planificação 4. Monitoria e avaliação 5. Gestão financeira (financiamento das actividades e dos implementadores) 6. Reabilitação e construção 7. Logística 8. Farmácia 9. Laboratórios	
2. Diagnostico e tratamento das ITS		
3. IEC		
4. GATV		
5. PTV		
Componentes de cuidados e tratamento		
6. Tratamento das infecções oportunistas (incluindo TB)		
7. CD		
8. TARV		
Programas relacionados		
9. Biossegurança		
10. SAAJ		
11. Transfusão segura		
12. Saúde mental		
13. Intervenção comunitária		
14. Nutrição		
15. Medicina tradicional		

Os resultados esperados em termos de preservativos distribuídos, unidades sanitárias e pessoas atendidas por intervenção no período correspondente a 2004-2008, são apresentados em seguida (tabelas 1 a 3):

Tabela 1: Projecção da distribuição de preservativos, 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Preservativos distribuídos	25,360,000	31,600,000	35,400,000	43,400,000	50,400,000

Tabela 2: US envolvidas por intervenção, 2004-2008

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008
Diagnóstico e tratamento ITS	1.000	1.000	1.000	1.000	1.000
Transfusões seguras	111	111	111	111	111
SAAJ	104	150	200	250	300
GATV clássicos	50	76	192	260	315
Prevenção Transmissão Vertical	60	120	200	250	258
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	60	120	200	250	250
Cuidados Domiciliares	60	120	200	250	250
TARV - HD - REDES INTEGRADAS	17	24	112	112	129

Tabela 3: Pessoas atendidas por intervenção, 2004-2008

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008
Diagnóstico e tratamento ITS	684,828	818,592	958,410	1,104,795	1,275,964
Transfusões seguras	80,000	85,000	90,000	95,000	100,000
SAAJ	104,000	160,000	220,000	270,000	330,000
GATV	72,000	135,000	384,000	540,000	945,000
Prevenção Transmissão Vertical	35,858	50,734	67,209	85,394	90,333
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	34,311	67,779	94,178	108,207	114,965
Cuidados Domiciliares	11,355	27,582	67,371	107,238	143,776
TARV - HD - REDES INTEGRADAS	7,924	20,805	57,954	96,418	132,280

Em termos gerais, as estratégias preventivas serão reforçadas e todas as unidades sanitárias do sistema estarão envolvidas em uma ou mais intervenções. A curto prazo, estas serão dotadas de capacidade de **diagnóstico serológico**, de prevenção e tratamento das **infecções oportunistas**. A expansão desta actividade será gradual, por nível de atenção, até à inclusão dos actuais Centros de Saúde tipo II, em 2008; estas unidades terão capacidade para identificar as mulheres grávidas HIV+ e de oferecer medicamentos para a prevenção da **transmissão vertical**.

Paralelamente, algumas unidades sanitárias seleccionadas (as mais diferenciadas) serão dotadas da tecnologia, medicamentos e capacidade clínica para oferecer **tratamento antiretroviral**, constituindo-se em cabeceiras de **redes integradas**. Durante os próximos cinco anos, em três fases estas redes integradas irão integrar novos serviços, começando pelo tratamento de infecções oportunistas, passando pela melhoria os seus meios de diagnóstico, reforço em humanos financeiros, melhoramento de toda a prestação de serviços de saúde,, como forma de garantir o **tratamento antiretroviral** em condições adequadas.

Os **trabalhadores do sector** saúde serão alvo de acções específicas, como a prevenção (conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção do HIV), biossegurança e redução do risco de infecção, garantia de profilaxia pós-exposição, redução da sua vulnerabilidade física e social aos efeitos da doença e a reactivação e reforço dos mecanismos de assistência social.

Ao nível dos serviços de apoio, prevê-se um reforço geral dos sistemas existentes e a integração do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde dentro dos mecanismos de planificação, orçamentação, financiamento e de avaliação já existentes ao nível do MISAU. Destacam-se alguns aspectos, nomeadamente:

- As **Direcções Provinciais de Saúde** são a estrutura crucial na implementação das intervenções e cada província deverá incorporar o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde no seu respectivo plano estratégico.
- A **colocação de pessoal** de nível médio e superior em áreas relativamente remotas exige uma gestão de pessoal flexível e coordenada entre os departamentos. O Departamento de Formação será responsável pela **formação inicial** de cerca de 3.250 trabalhadores qualificados, dos quais 750 para substituir eventuais perdas devidas ao HIV/SIDA; 1.250 para operacionalizar as redes integradas e um número semelhante para enfrentar a carga de trabalho adicional gerada pela doença nos sectores de internamento. A área da **Formação Contínua** será reforçada como

forma de coordenar as múltiplas actividades, que vão abranger a totalidade dos trabalhadores do sector.

- c. Na maioria dos casos, os **fundos** serão alocados através dos mecanismos comuns, especificamente, além do Orçamento do Estado; os medicamentos serão adquiridos através do Fundo Comum para Medicamentos. O GACOPI coordenará as intervenções em estruturas e a DAG os equipamentos. As despesas centralizadas serão geridas pelas Direcções Nacionais mediante o Fundo Comum de Apoio à Saúde (FASAUDE). Por último, os recursos para financiar gastos correntes, incluindo salários, serão canalizados através do Fundo Comum Provincial.
- d. O Departamento Farmacêutico/CMAM terá a responsabilidade de organizar a procura, aquisição, armazenagem e distribuição dos medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas, tratamento antiretroviral, profilaxia da prevenção da transmissão vertical, tratamento das infecções de transmissão sexual e da tuberculose, kits para os cuidados domiciliários, bem como os reagentes e outros consumíveis, para todos os hospitais de dia e unidades sanitárias envolvidos no tratamento dos pacientes com HIV/SIDA. O **Departamento Farmacêutico/CMAM** deverá adaptar-se à nova demanda, desenvolvendo mecanismos flexíveis e melhorando a eficiência das operações, como forma de evitar rupturas de stock dos medicamentos antiretrovirais.
- e. A criação de um sistema de informatizado de gestão e o reforço da **vigilância epidemiológica**, que permitirá ao MISAU o seguimento, monitoria e avaliação das intervenções desde a unidade sanitária até aos órgãos centrais, e, fornecerá informação sobre a evolução e os efeitos desta doença. Por outro lado, a integração de informação relevante no **Sistema de Informação Geral** permitirá a tomada de decisões e a alocação atempada de recursos a curto e médio prazo.

Com a implementação do PEN e a gestão de volumes financeiros avultados que praticamente duplicam as despesas actuais com saúde, terá implicações sérias sobre os mecanismos de coordenação, planificação e gestão do MISAU a todos os níveis. Os princípios de base da estrutura de gestão proposta ao nível central foram definidos os seguintes:

- Não criar novas estruturas;
- Evitar a fragmentação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde entre os diferentes Departamentos;
- Importância da necessidade de reforço dos recursos humanos para cada componente e serviço de apoio ao nível do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde;
- Reforçar os mecanismos de coordenação horizontais através de reuniões regulares ao nível da DNS e a criação dum grupo de gestão (que inclui membros dos diferentes Departamentos e Direcções envolvidas na planificação e avaliação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde);
- Sintetizar o conteúdo e reduzir a frequência e a duração de reuniões ao nível dos Directores do MISAU;
- Institucionalização dos grupos de trabalho para prestar assessoria técnica ao Chefe do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde ou a um dos componentes, Departamentos ou serviços de apoio, dependendo das suas especificidade.

A estrutura ao nível provincial também será reforçada e uma proposta de organigrama, parte integrante deste documento, foi elaborada pelas províncias.

De modo a serem sustentáveis, as intervenções sobre o HIV/SIDA devem ser avaliadas no contexto de todo o sistema. A **coordenação** com os parceiros deverá ser reforçada. O GT-

SWAP é o marco adequado para utilizar os mecanismos de priorização e alocação de recursos que definirão a composição dos serviços de saúde a médio prazo.

Neste âmbito o MISAU deverá estabelecer **contratos de prestação de serviços** que permitam definir as actividades a realizar e facilitem o processo de avaliação do cumprimento e qualidade das mesmas. As **ONGs** jogarão um importante papel na execução de algumas intervenções, não só na prestação dos cuidados domiciliários, que será realizada por organizações fora do sistema formal, mas também em áreas tecnicamente mais complexas, como a operacionalização de redes integradas e o tratamento antiretroviral.

O **custo total** (tabela 4) projectado para a implementação completa do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde do MISAU durante os próximos é de cerca de 500 milhões de dólares americanos, dos quais 35% destinam-se à operacionalização das 129 redes integradas; 20% a despesas de capital para melhoria da rede, 12% para o diagnóstico e tratamento das infecções de transmissão sexual; e, 10% na profilaxia e tratamento de infecções oportunistas.

Tabela 4: Custos por intervenção, total e anuais

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Diagnóstico e tratamento ITS	8,663,069	10,355,193	12,123,890	13,975,651	15,913,242	61,031,044
Distribuição preservativos	1,324,320	1,586,400	1,746,000	2,082,000	2,376,000	9,114,720
Biossegurança	2,761,380	2,781,840	2,801,388	2,822,998	2,844,553	14,012,160
Transfusões seguras	427,200	453,900	480,600	507,300	534,000	2,403,000
SAAJ	1,582,000	2,030,000	2,510,000	2,910,000	3,390,000	12,422,000
Testagem lab. Clínicos e SMI	1,698,854	2,480,599	3,303,663	1,383,910	1,464,613	10,331,639
Prevenção Transmissão Vertical	10,293	20,334	28,253	3,246	3,449	65,575
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	6,484,478	11,861,369	16,761,115	6,312,075	6,706,263	48,125,299
Operação 129 redes integradas	5,863,775	14,352,167	36,023,147	51,797,307	66,826,832	174,863,227
Melhoria do sistema (despesas capita	7,998,820	23,880,039	27,876,373	27,411,357	12,253,182	99,419,771
Formação inicial	2,110,000	3,135,000	3,460,000	3,260,000	2,560,000	14,525,000
Formação Contínua	2,881,300	2,058,000	2,058,000	2,058,000	2,058,000	11,113,300
IEC	359,394	366,224	529,876	589,984	662,061	2,507,539
Gestão do Programa	798,316	858,716	849,716	849,716	849,716	4,206,182
Monitorização e Avaliação	1,322,000	789,000	1,287,500	785,500	640,500	4,824,500
Subsídio de Almoço	4,795,844	4,795,844	4,795,844	4,795,844	4,795,844	23,979,222
Assistência Técnica	629,302	824,010	807,913	833,729	833,565	3,928,518
Outros	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	2,000,000
TOTAL	50,110,345	83,028,636	117,843,278	122,778,618	125,111,819	498,872,696

Entre os vários **riscos e desafios** inerentes à implementação do PEN se destaque o financiamento insuficiente, descoordenação das intervenções, a falta de aderência ao TARV e a consequente aparição de resistências provavelmente como mais preocupantes. Todo o processo de prestação de novos serviços deverá ser convenientemente documentado, e a expansão será cautelosa em função dos resultados obtidos na fase piloto (2004-2005).

I. INTRODUÇÃO

A nível mundial, Moçambique continua entre os 10 países mais afectados pela infecção do HIV. Como tentativa de reverter esta situação, em 1999, foi produzido o Plano Estratégico Nacional (PEN) de combate ao HIV/SIDA para o período 2000-2003, que pretendia:

- Associar o combate do SIDA com o da Redução da Pobreza Absoluta;
- Assegurar a implementação de intervenções de maior impacto na redução da progressão da epidemia, como forma de garantir a relevância da resposta nacional;
- Dar prioridade às áreas geográficas dos corredores económicos do Centro, Sul e Norte;
- Resolver os obstáculos prioritários que dificultavam a implementação da resposta nacional;
- Responsabilizar os Ministérios por área de actuação, promovendo uma resposta multisectorial concreta;
- Garantir a qualidade e aumento da cobertura aos grupos vulneráveis;
- Envolver a sociedade civil, incluindo as Pessoas Vivendo com HIV/SIDA nas acções de combate do SIDA.

Dentro desta abordagem multisectorial, além das actividades orientadas à mudança de comportamento e distribuição de preservativos, que comparte com outros sectores, a responsabilidade do MISAU centralizava-se na garantia de biossegurança das actividades do sector, as transfusões seguras, diagnóstico e tratamento das Infecções de Transmissão Sexual (ITS), diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas incluindo a Tuberculose (TB), e Vigilância Epidemiológica e Monitorização. Apesar de existir uma componente de tratamento, a prioridade era claramente a prevenção, dentro e fora das unidades sanitárias.

O custo extremamente elevados do Tratamento Antiretroviral (TARV) – superior a 1.500 US\$ por doente, por ano - apenas em Medicamentos Antiretrovirais (MARV) tornava impossível o uso destes medicamentos em larga escala, fazendo com que este não fosse incluído no PEN.

I.1. ANÁLISE DA RESPOSTA DO MISAU DENTRO DO PEN 2000-2003

Os inquéritos do Instituto Nacional de Estatística (INE) e do MISAU mostram um alto nível de conhecimento sobre a doença e seus mecanismos de transmissão por parte dos jovens. De acordo com o relatório do Inquérito Nacional de Saúde Reprodutiva para Jovens e Adolescentes (INJAD), realizado em 2001, 90% dos jovens já tinham ouvido falar do SIDA. Uma percentagem menor (76% das mulheres e 87% dos homens) diziam acreditar que o SIDA se apanhava através de relações sexuais; o uso do preservativo foi apontado por 65% das mulheres e 84% dos homens, como sendo a melhor forma de evitar a transmissão do HIV.

O consumo estimado de preservativos distribuídos pelo MISAU - directamente ou através de ONGs como AMODEFA - aumentou de 3 milhões em 2000 para 15 milhões em 2002. As importações cresceram de 5 para 32 milhões no mesmo período. A estes há que acrescentar mais de 10 milhões de preservativos por ano distribuídos pela PSI em forma de promoção social.

Durante os três anos de vigência do PEN, a abordagem sindrómica das ITS foi reforçada com a edição do manual e formações ao nível distrital. Uma parte dos medicamentos para o seu

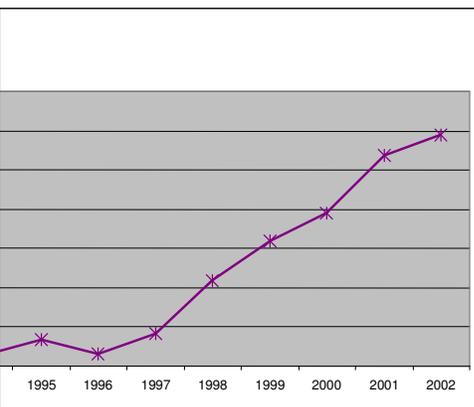
tratamento foi incorporado nos kits de medicamentos essenciais, a ser reforçados com medicamentos da Via Clássica. Os casos (incluindo contactos) de ITS notificados, passaram de menos de 350.000, em 1999, para mais de 500.000, em 2002. Em 1999, a prevalência de HIV entre os casos de ITS oscilou entre 15% (na cidade de Maputo e 50% em Manica, tendo aumentado de 2 e 16%, respectivamente, em 1992.

De acordo com as estimativas globais de prevalência e incidência de ITS da OMS, a prevalência estimada para 1999 - portanto conservadora se for aplicada em 2003, na África Sub-sahariana é de 119 casos/10.000 adultos de 15-49 anos, e uma incidência anual de 256 casos novos por 10.000 pessoas no mesmo grupo etário. Com a população estimada pelo INE para 2003, os cálculos produzem uma prevalência de cerca de 1 milhão de adultos, e mais de 2.2 milhões de casos novos durante esse ano.

As relações entre HIV e Tuberculose estão bem estabelecidas e sabe-se que entre 25-50% das pessoas HIV+ podem infectar-se com TB, mais frequente condição oportunistas e também como causa de morte. No país, estima-se que cerca de 30% dos doentes tuberculosos estejam igualmente infectados pelo HIV. O total de casos novos de TB notificados aumentou de cerca de 20.000 em 1999 para mais de 25.000 em 2002. A taxa de sucesso aumentou de 68% em 1998 para 78% em 2001.

A notificação de casos de SIDA (figura 1) começou a aumentar já em 1998 e, em 2002 esta cifra era de, aproximadamente, 12.000 novos casos; mais de metade dos casos foram notificados na Cidade de Maputo. No entanto, os casos notificados representaram apenas 13% dos casos novos esperados. A subnotificação é maior na região centro, onde somente 4% dos casos estimados foram notificados.

Figura 1: Casos de SIDA notificados no país, 1993-2002



Fonte: MISAU/ PNC ITS/SIDA

As transfusões de sangue e produtos derivados foi considerada segura. Em 2001, os 17 Bancos de Sangue e mais de 80 Centros de Transfusão do País, colheram cerca de 75.000 unidades de sangue, que após a sua testagem para o HIV, 10,2% eram positivas.

No contexto da implementação do PEN, foram criados e ampliados alguns novos serviços, especificamente:

- ✦ Os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) que funcionam como pontos de entrada para os utentes, seleccionando os que devem seguir controlos adicionais e/ou tratamento e os que devem reforçar um comportamento sexual de baixo risco.
- ✦ Três laboratórios com capacidade para realizar análises de CD4 e carga viral, sendo 2 nos Hospitais Centrais de Maputo e Beira e um na Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane. Está em fase de instalação o quarto no Hospital Central de Nampula.
- ✦ Os Hospitais de Dia (HDD) que concentram toda a experiência existente sobre gestão dos casos, identificação e tratamento das infecções oportunistas e, em lugares seleccionados, iniciar e controlar o TARV.
- ✦ Os Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ) que para além do HIV/SIDA, oferecem serviços de saúde reprodutiva, incluindo clínicos, a uma camada de população que com necessidades específicas; podem também incluir actividades da competência de outros serviços, como aconselhamento e testagem, ou tratamento de ITS, por exemplo.
- ✦ Os serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) em US seleccionadas, geralmente inclui o aconselhamento e testagem a mulheres grávidas, administração de profilaxia com Nevirapina e outros MARV às parturientes e recém nascidos e TARV às mulheres e os seus parceiros onde há condições para tal.
- ✦ Diferentes formas de Cuidados Domiciliários (CD) a Pessoas Vivendo com HIV/SIDA (PVHS), começaram já em quase todas as províncias. Embora alguns programas tenham uma componente social, o que é encorajado, só os aspectos contidos na definição estabelecida de CD serão regulamentados pelo MISAU. O grupo de trabalho de CD considera os seguintes grupo alvo: doentes nas fase III e IV (critérios da OMS) e todos os doentes em TARV. Presume-se que apenas um terço das pessoas na Fase III aceitarão este acordo.
Devido à escassez de recursos humanos e ao elevado nível de carências, os profissionais de saúde vão supervisionar e fortalecer os CD na comunidade, em vez de fornecê-los directamente, por causa dos custos de transporte, salários e ineficiência geral deste modelo de cuidado.

No Anexo I é apresentada a distribuição dos serviços em funcionamento em Abril de 2003, por província. Note-se que o tempo de funcionamento, geralmente curto, e as marcadas diferenças entre o tipo de serviços oferecidos torna difícil a avaliação dos resultados alcançados até ao momento.

De 2000 a 2002 na Cidade de Maputo e nos 8 SAAJ implantados, foram atendidos um total de 55.591 adolescentes e jovens dos 10 aos 24 anos de ambos os sexos. Neste período, os rapazes representam 18% do atendimento global com oscilações que variam de 2% a 31% e foram distribuídos 366.919 preservativos aos jovens de ambos os sexos que procuraram estes serviços.

Em termos de volume, desde 2001 até meados de 2003, os GATV atenderam mais de 61.000 utentes, mais de metade dos quais em 2002; destes cerca de 26% eram HIV+. Vários milhares de doentes com IO foram atendidos nos HDD, demonstrando um padrão de

crescimento do consumo deste serviço extremamente rápido. Apenas algumas centenas destes doentes iniciaram o TARV.

No que diz à PTV, em 2002, foram testadas 8.956 mulheres grávidas, das quais 1.969 eram HIV+, das quais, 822 e seus recém-nascidos completaram o seguimento e receberam Nevirapina.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica utilizado para projectar a prevalência do HIV/SIDA, baseado na testagem de mulheres grávidas em postos sentinelas, passou de 4 postos em 1988 para 20 em 2000. Finalmente, em 2001, o sistema ficou composto de 36 postos sentinela, cobrindo as três regiões e as áreas rural e urbana.

I.1.1. CONSTRANGIMENTOS

As intervenções de combate ao HIV/SIDA representaram provavelmente a parte mais activa do sector saúde nos últimos anos, com a abertura, quase mensal de novos serviços. Contudo, o que ainda há por fazer é muito superior ao que já foi feito. O consumo de preservativos é ainda muito baixo³. Apesar da percentagem substancial de jovens que referiu mudança do seu comportamento sexual, mais de 80% não usou preservativo na última relação.

Apenas o Programa Alargado de Vacinações (PAV) utiliza regularmente material descartável para injeção e um número indeterminado, mas considerado alto, de unidades sanitárias (US) não dispõe do equipamento necessário para esterilização. Apesar da grande maioria, se não todas as unidades de sangue serem testadas para o HIV antes da sua administração, os gestores provinciais têm reportado rupturas de stock; igualmente, registaram-se casos de distribuição de testes próximo da sua data de expiração.

Apesar do crescimento no volume de diagnóstico e tratamento das ITS, os casos notificados em 2002 representam apenas 50% da prevalência e menos de 25% da incidência estimadas. Frequentes rupturas de stock de medicamentos⁴ e irregularidade na supervisão tem posto em causa a implementação da abordagem sindrómica e, portanto, a relevância do programa na redução da transmissão do HIV.

A notificação de novos casos de TB aumentou em cerca de 20% nos últimos três anos, possivelmente como consequência do incremento de casos que acompanha a epidemia de HIV/SIDA. Porém, a taxa de detecção da TB foi apenas de cerca de 40% dos casos estimados. As províncias de Manica e Tete, apesar das altas taxas de prevalência de HIV, parecem apresentar uma baixa taxa de notificação de tuberculose, que aumentou pouco durante a passada década.

Os novos serviços especializados estão pouco padronizados. A localização geográfica e o conteúdo parecem depender de padrões tradicionais de consumo de serviços de saúde e dos mandatos e interesses das organizações que os apoiam. Entretanto, praticamente nenhuma US do SNS dispõe de material para o diagnóstico serológico da doença, para não falar do diagnóstico laboratorial da maior parte das infecções oportunistas. O tratamento destas

³ Num recente exercício, a DPS de Gaza projectou uma necessidade de preservativos para 2004 de mais de 90 milhões de unidades, várias vezes o consumo de todo o País.

⁴ O custo estimado dos medicamentos - excluindo preservativos - para o tratamento das ITS em 2002 foi ligeiramente superior aos 2 milhões de US\$, quase o mesmo que o valor total das importações de antibióticos em 2001.

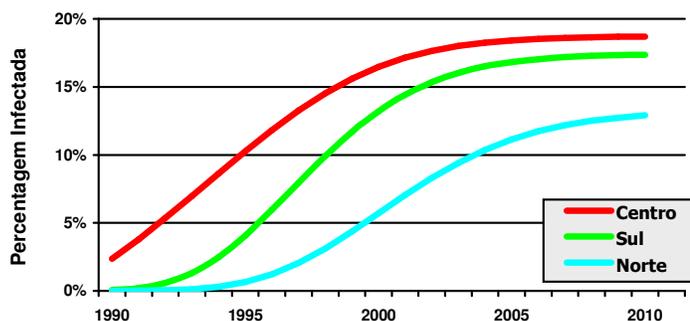
doenças tem sido também dificultado pela falta de formação e experiência da maioria dos técnicos e pela carência de medicamentos para o efeito⁵.

O Sistema de Vigilância Epidemiológica não permite ainda modelar um perfil de prevalência de âmbito provincial que contribua para a planificação duma combinação adequada de serviços. O sistema de notificação de rotina consegue identificar apenas uma fracção dos casos esperados. Os sistemas de informação existentes não incorporam as actividades desenvolvidas pelos novos serviços; não existe nenhuma forma regular de comunicação dos dados pelos diferentes prestadores de serviços, pelo que esta informação ainda não é tratada nas análises e relatórios do sistema.

O crescimento rápido dos serviços de combate ao HIV/SIDA, apesar de não responder a um plano mas a necessidades e/ou possibilidades identificadas localmente, pode originar sérios problemas de coordenação num futuro próximo. Sendo inconcebível encerrar um serviço aberto recentemente, particularmente se oferece TARV, o MISAU poderá encontrar-se na posição de possuir recursos (humanos, financeiros, medicamentos) imobilizados na manutenção de serviços menos prioritários em termos epidemiológicos, uma vez que dispõe de mais para operacionalizar outros de maior relevância.

A implementação do PEN 2000-2003 no sector de saúde foi incompleta, parcialmente financiada, pelo que esteve longe de atingir os objectivos de abrandar o crescimento da epidemia e reduzir o impacto da mesma. Apesar de que a grande maioria dos moçambicanos conhecer a existência do HIV/SIDA e de evitá-lo de algum modo, a utilização do preservativo e a mudança de comportamento têm tido efeitos limitados sobre a prevalência da doença, que ainda está em fase de crescimento, como se mostra na figura 2. Com o ritmo actual, as projecções indicam que a prevalência somente se estabilizará na segunda metade desta década, com uma prevalência em adultos superior a 16%.

Figura 2: Projecções de prevalência de HIV em adultos 15-49 anos, por região



Fonte: Impacto demográfico do HIV/SIDA

I.2. JUSTIFICAÇÃO PARA A ACTUALIZAÇÃO DO PEN IST/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE

⁵ O Departamento Farmacêutico estimou que, para o tratamento das infecções oportunistas, a importação de antibióticos devia aumentar em 40%. Porém, este exercício resulta apenas numa expressão de necessidades já que não há alocação de fundos adicionais para cobrir esta demanda.

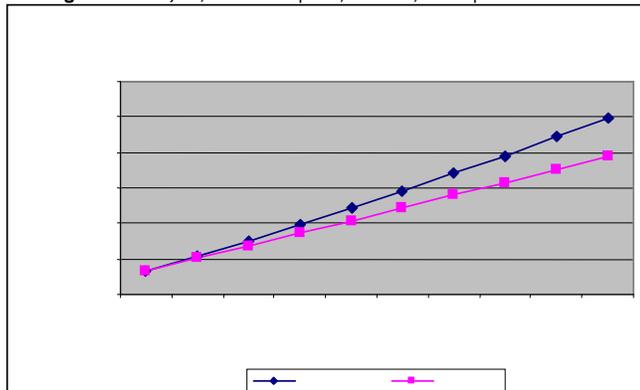
A actualização e complementaridade do PEN elaborado em 1999, surge **(i)** por um lado, as projecções de impacto demográfico do HIV/SIDA, mostrarem que, caso não haja mudanças, as consequências serão dramáticas; **(ii)** por outro lado, o sector saúde vai sofrer o impacto de várias formas: não somente a afecção dos seus trabalhadores, mas o aumento da procura de serviços curativos; e, **(iii)** por último, desde a produção do primeiro PEN registaram-se inovações substanciais no tocante às possibilidades de intervenção; a redução dos preços dos MARV, e o aparecimento de iniciativas que disponibilizam financiamento para esta intervenção tornam, pela primeira vez, o TARV em larga escala uma opção possível.

I.2.1. IMPACTO DEMOGRÁFICO

O impacto demográfico da epidemia de HIV/SIDA elaborado em 2000, mostra que a esperança de vida ao nascer que seria de 50 anos em 2010, ficará reduzida a 36.5 anos; cumulativamente mais de um milhão de pessoas irão morrer devido ao SIDA durante a década. Tomando as estimativas de população do INE e tendo 2001 como ano base, a população de Moçambique, que devia chegar a 22 milhões de habitantes em 2010, não irá atingir os 21 milhões (figura 3).

A prevalência entre adultos de 15 a 49 anos era 13.8% em 2002, com cerca de 1.35 milhões de pessoas infectadas; o número de novos doentes naquele ano teria sido superior a 87 mil e o número de mortes iriam atingir os 81 mil. Os órfãos maternos cumulativos no mesmo ano seriam superiores a meio milhão, dos quais cerca de 300.000 devidos à SIDA.

Figura 3: Projecções de População. Moçambique 2001-2010



Fonte: Impacto demográfico do HIV/SIDA

Deleted: <sp>

I.2.2. IMPACTO SOBRE O SECTOR SAÚDE

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 2 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 doentes. As províncias de Zambézia, Manica, Gaza, Tete e Sofala sofreriam maior pressão.

Tabela 1: Taxa de ocupação de camas (TOC) potencial devido à SIDA por província em 2006

	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%
Inhamitane	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%
níveis II,III,IV			2.481.635	110%	55%	27%

dco potenciais: número de doentes estimados em 2006 x 30 dias de internamento

dco possiveis: 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 rede.

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 saúde.

I.2.3. NOVOS DESENVOLVIMENTOS

Na altura da elaboração do PEN 2000-2003 foi dada prioridade absoluta à prevenção, como forma de travar a evolução da epidemia. Apesar dos cuidados paliativos e o tratamento das infecções oportunistas estarem de alguma forma incluídos, pouco foi feito para operacionalizar esta componente.

Na realidade, a despesa com medicamentos não cobre as necessidades essenciais do sector e que, sem financiamento adicional, a inclusão na programação dos custos de medicamentos para o SIDA, aumentaria apenas o défice financeiro, resultando apenas num exercício académico. Além dos custos com medicamentos, a melhoria da rede necessária para o tratamento adequado destas doenças, com custos na ordem dos milhões de dólares americanos, foi também considerada. Obviamente, os custos proibitivos dos MARV fizeram com que esta opção não fosse contemplada.

Durante estes anos, registaram-se grandes mudanças, nomeadamente:

- Um movimento global, incluindo governos dos países mais afectados e menos capazes de enfrentar a epidemia, bem como representantes da sociedade civil a todos os níveis, o contribuiu para colocar os cuidados às PVHS, incluindo o TARV, na agenda política.
- Em parte, devido a essa pressão, os preços dos MARV diminuíram consideravelmente; vários países em desenvolvimento começaram a produzir ARV genéricos e está a ser aplicada uma moratória no pagamento destas patentes. O custo anual dos MARV por doente diminuiu assim de vários milhares de dólares para cerca de 300 \$US (inferior a 1 \$US, por dia), ainda elevado, mas não inabordable.

- Várias iniciativas, algumas das quais de carácter global e outras de ONG, avançaram no sentido de disponibilizar financiamento para o tratamento dos doentes de SIDA, incluindo TARV.

Em Moçambique, três grandes fundos, o Fundo Global para Malária, TB e HIV/SIDA; a iniciativa MAP do Banco Mundial; e, a Fundação Bill Clinton, comprometeram-se a angariar mais de 300 milhões de dólares nos próximos 5 anos, destinados a oferecer TARV a uma parte significativa da população, incluindo melhorias da rede sanitária (recursos humanos, equipamento, infra-estruturas) necessárias para tornar as intervenções eficazes.

A estas há que acrescentar um número progressivamente crescente de iniciativas mais locais, com apoio dos governos provinciais e ONGs internacionais, que, em Moçambique, têm tomado o HIV/SIDA como área de especialização. Assim, grande parte dos GATV existentes, praticamente a totalidade dos HDD e iniciativas de CD têm recebido apoio destas agências. Numa área ainda mais especializada, o TARV, três ONGs - Comunidade Sant'Égídio, Health Alliance International e Médicos Sem Fronteiras - têm colaborado com o MISAU na operacionalização de várias experiências piloto.

I.3. ELABORAÇÃO DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE 2004 - 2008

A elaboração do Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA-sector saúde, teve o seu início em Fevereiro de 2003, sob liderança da DNS-DEE e a DPC do MISAU e apoiada por parceiros internacionais, como o CDC e as agências de Nações Unidas (ONUSIDA, OMS, UNICEF, FNUAP).

Foram criados grupos de trabalho para cada uma das novas componentes ou com pouca relevância no PEN anterior. O Grupo de Trabalho de Coordenação tinha como mandato supervisionar o trabalho dos grupos, e discutir os aspectos institucionais do Plano.

Foram realizados três encontros de discussão, sendo o primeiro para apresentação e discussão dos resultados dos grupos de trabalho anteriormente referidos. O Grupo de Trabalho de Coordenação discutiu alguns princípios orientadores e as estratégias gerais; por último, os representantes das províncias participaram na discussão e harmonização das estratégias. Este documento é o resumo do trabalho das várias componentes e das contribuições dos representantes provinciais.

II. ANÁLISE DA PROCURA E DA OFERTA POTENCIAL DOS SERVIÇOS

II.1. ANÁLISE DA PROCURA POTENCIAL

A projecção do número de pessoas infectadas (tabela 2) foi calculada com base nas estimativas de população para 2006 - ano que representa metade do período - projectadas pelo INE e as estimativas de prevalência de HIV na população de 15-49 anos, de 2001, por província; foi projectado o número e distribuição de infectados e novos doentes, incluindo alguns grupos específicos.

Tabela 2: Projecção do número de pessoas infectadas e distribuição provincial

Província	POPULAÇÃO 2006	Prevalência HIV 15-49 2001	Total HIV +	Distribuição% total HIV	Doentes 2006	Grávidas infectadas	Doentes 0-14 anos
Niassa	1.019.818	5,9%	32.521	2,3%	2.602	2.708	401
C Delgado	1.655.333	5,0%	44.735	3,2%	3.579	3.724	551
Nampula	3.727.143	7,9%	159.147	11,4%	12.732	13.250	1.961
Zambézia	3.824.117	15,4%	318.308	22,8%	25.465	26.501	3.922
Tete	1.540.775	16,7%	139.076	10,0%	11.126	11.579	1.713
Manica	1.357.996	18,8%	137.991	9,9%	11.039	11.489	1.700
Sofala	1.652.137	18,7%	166.987	12,0%	13.359	13.903	2.057
Inhambane	1.479.133	7,9%	63.158	4,5%	5.053	5.258	778
Gaza	1.404.358	19,4%	147.257	10,6%	11.781	12.260	1.814
Maputo P	1.146.124	14,9%	92.303	6,6%	7.384	7.685	1.137
Maputo C	1.106.843	15,5%	92.729	6,7%	7.418	7.720	1.142
TOTAL	19.913.777	13,0%	1.394.213	100,0%	111.537	116.077	17.177

Do total de cerca de 1.4 milhões de infectados⁶, anualmente, 8% irão desenvolver sintomatologia produzida pelas IO. É provável que aqueles que tenham acesso às US procurem atendimento. Uma percentagem mais elevada - entre 20 e 25% dos infectados - poderá ser já elegível para TARV, embora na sua maioria assintomáticos. Dos doentes, 15% serão menores de 14 anos, maior parte dos quais nos primeiros 5 anos de vida. O número anual de grávidas infectadas, e portanto elegíveis para Nevirapina na altura do parto, ultrapassa as 116.000.

Outro aspecto importante da tabela é que, ao efectuar-se a distribuição provincial, cerca de 23% dos infectados e doentes são da província da Zambézia; 12% vivem em Sofala e 11,4% em Nampula, uma província de prevalência baixa, mas muito populosa.

A maior parte da população infectada e, portanto, doente, é composta por adultos jovens que habitualmente utilizam menos os serviços de saúde - exceptuando os serviços de saúde sexual e reprodutiva - do que as crianças e os idosos. Por outro lado, as pessoas infectadas estão mais concentradas nas áreas urbanas, onde o consumo e a disponibilidade de serviços de saúde por habitante é maior. Se for calculada uma cobertura de 50% da população doente com SIDA e aplicando um padrão da literatura internacional⁷, os casos novos de IOs /SIDA estimados para 2004 poderiam gerar mais de 680.000 consultas externas, e mais de 1.7

⁶ Ligeiramente inferior ao número estimado no "Impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique" devido à utilização da prevalência de 2001.

⁷ 12 consultas externas e 30 dias de internamento por ano (no último ano de vida) para doentes com SIDA

milhões de dias de internamento, ocupando mais de 40% das camas de internamento geral. O impacto por província seria directamente proporcional ao seu número de casos e à capacidade de resposta do sector, como será explicado posteriormente.

Mais difícil é calcular as consequências sobre os doentes que não sofrem de HIV/SIDA. Em certas situações, particularmente quando a disponibilidade de serviços é baixa, os doentes com SIDA têm deslocado os outros utilizadores. Por um lado, os doentes com SIDA geralmente estão graves e fazem maior pressão para ser atendidos, por outro lado, os doentes "normais" não querem ser atendidos nos mesmos locais que doentes com SIDA. Porém, em outras situações, a melhoria geral dos serviços necessária para oferecer atendimento especializado a estes doentes traz como consequência uma maior afluência por parte dos outros doentes. Isto é previsível, por exemplo, para os serviços de SMI-maternidade uma vez introduzida a PTV.

II.2. ANÁLISE DA OFERTA POTENCIAL DE SERVIÇOS

De acordo com a base de dados do SIMP, a rede sanitária do SNS é composta aproximadamente por 1.000 US (tabela 3), das quais apenas cerca 100 têm envergadura e capacidade de resolução relevantes. Cerca de 40 são hospitais e 70 têm mais de 50 camas. Mais de metade da rede são Postos de Saúde com prestações extremamente limitadas.

Das cerca de 400 maternidades existentes, 140 têm 10 ou mais camas. Menos de 10% oferecem cuidados obstétricos de emergência básicos. Pouco mais de 200 US possuem laboratório, sendo cerca de 75% do tipo mini-laboratório.

Tabela 3: Rede sanitária do SNS em 2002

PROVINCIA	Tipo de US					TOTAL
	Hosp	CS I	CS II	CS III	PS	
Niassa	2	6	8	5	103	124
Cabo Delgado	4	8	8	43	26	89
Nampula	7	23	9	61	87	187
Zambezia	5	11	12	74	71	173
Tete	4	5	21	36	35	101
Manica	2	8	8	54	5	77
Sofala	5	8	9	62	62	146
Inhambane	3	7	7	52	25	94
Gaza	5	0	15	51	42	113
Maputo Província	2	7	7	39	23	78
Maputo Cidade	6	0	9	5	22	42
TOTAL	45	83	113	482	501	1224

Fonte: SIMP - DIS/DPC

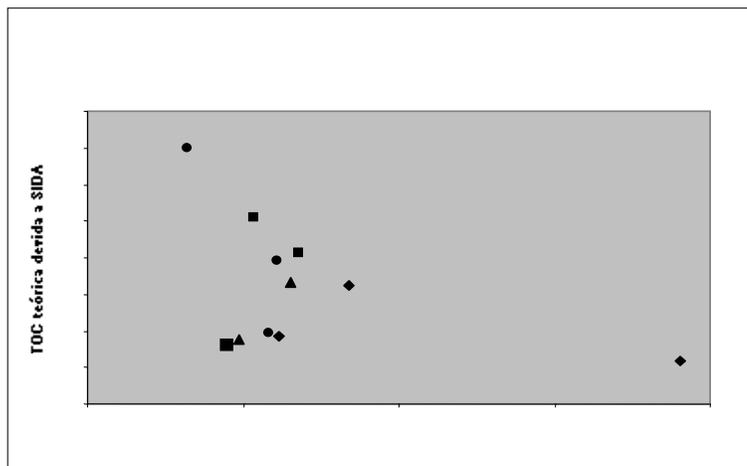
A força de trabalho do sector é composta por cerca de 17.000 funcionários, dos quais 11.000 qualificados (tabela 4). Apenas 6% são médicos e 24% tem o nível médio. Para além dos hospitais provinciais e Maputo Cidade, apenas 59 distritos têm um médico.

Tabela 4: Pessoal técnico por nível, 2003

Nível	específico	%	Outro	%	total	%
superior	563	6	99	6	662	6
médio	2.379	24	319	19	2.698	24
básico	4.765	49	574	33	5.339	47
elementar	2.052	21	724	42	2.776	24
Total	9.753	100	1.716	100	11.469	100

Fonte: DRH

A distribuição da rede sanitária responde a padrões históricos que foram parcialmente revertidos pelos investimentos da última década. De acordo com os objectivos do PARPA, dezenas de novas US deveriam ter sido construídas nas províncias de Nampula e Zambézia, de modo a colocá-las numa situação de equidade para com o resto do país; o mesmo acontece em termos de recursos humanos. A figura 4 mostra o efeito teórico que os internamentos por SIDA teriam, comparados com a disponibilidade de camas, por habitante, por província; torna-se evidente a necessidade de investimentos na Zambézia, província com uma potencial taxa de ocupação de camas elevada e a mais baixa disponibilidade do país.

Figura 4: Comparação entre disponibilidade de camas e taxa de ocupação de camas potencial devido ao SIDA em 2002

Deleted: <sp>

Embora de forma irregular, a despesa com medicamentos e artigos médicos tem aumentado; as importações passaram de 25 milhões de dólares em 1995, para 38 milhões em 2002, cifra que representa apenas 2 US\$, por habitante. Ainda em 2002, a despesa da saúde foi estimada em 9 US\$ por habitante, sendo que a despesa total do sector representou 3.9% do PIB no mesmo ano. Para 2003, as estimativas de necessidade rondam os 73 milhões e foram alocados apenas 43 milhões de dólares; especificamente para ITS/HIV/SIDA, foram alocados 40% dos 8.3 milhões de dólares estimados.

Especificamente na área do HIV/SIDA, uma deficiência generalizada repetidamente identificada pelos gestores provinciais é a incapacidade de diagnóstico do estado serológico dos doentes nos laboratórios clínicos da maior parte das US; este facto impede qualquer acção posterior, desde o tratamento adequado até a notificação dos casos.

Em resumo, apesar da melhoria registada em termos de recursos e desempenho⁸ do SNS, o desafio tecnológico e gerencial para que um número significativo de US possuam capacidade para providenciar o TARV e outros cuidados, com o mínimo de qualidade e sustentabilidade a longo prazo é muito grande. Para tal, sistema deve ser abordado em todo, melhorando as US nos diferentes níveis, em vez de se garantir apenas a possibilidade de implementar determinadas acções.

⁸ Comparado com 1996, o volume de actividades produzido pelo SNS aumentou em 35% até o ano 2002. Entre 1993 e 2001, tinha-se registado um crescimento de 69%, especialmente em Consultas Externas e Contactos de SMI.

III. MANDATO DO MISAU

É mandato do MISAU:

1. INTERVENÇÕES PREVENTIVAS

- a. Redução da transmissão sexual
 - i. Diagnóstico e tratamento de ITS
 - ii. Promoção do uso e distribuição de preservativos
 - iii. IEC e mudança de comportamento nas US
- b. Redução da transmissão nas US
 - i. Testagem de HIV nos Bancos de Sangue
 - ii. Biossegurança nas actividades dos profissionais de saúde
- c. Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV)
- d. Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ)
- e. Prevenção da Transmissão Vertical (PTV)

2. INTERVENÇÕES SOBRE PESSOAS HIV+:

- a. Quimioprofilaxia e tratamento das infecções oportunistas
- b. Cuidados domiciliários (CD)
- c. Tratamento Antiretroviral (TARV)

3. OUTRAS INTERVENÇÕES:

- a. Legislação na área da saúde e inclusão do género
 - b. Monitoria e avaliação incluindo vigilância epidemiológica
 - c. Financiamento (do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde aos provedores)
 - d. Controlo de qualidade
 - e. Coordenação
-
-

IV. PRINCÍPIOS ORIENTADORES

IV.1. PRINCÍPIOS DE BASE

1. Favorecer as intervenções da responsabilidade do MISAU, de comprovado custo-eficácia⁷ e abordagem de direitos humanos;
2. O PEN ITS/HIV/SIDA-sector de saúde articula-se dentro do quadro legal e institucional existente ao nível do MISAU, tendo como referência de base os documentos do PARPA, do PESS e outros protocolos, leis, normas, diplomas, Memorando de Entendimento aprovados ao nível do Governo, do MISAU e com os parceiros⁸
3. Reforço do sistema no seu todo e não apenas das componentes ligadas ao HIV/SIDA. É necessário o envolvimento de todos os sistemas de apoio existentes, particularmente:
 - a. Sistemas de planificação, orçamentação, auditorias
 - b. Gestão financeira (financiamento das actividades e dos implementadores)
 - c. Recursos Humanos (formação e gestão)
 - d. Reabilitação e construção
 - e. Farmácia
 - f. Laboratórios
 - g. Logística
 - h. Monitoria e avaliação
4. Prioridade aos serviços preventivos a todos os níveis segundo o quadro "princípio de priorização das componentes e dos serviços de apoio";
5. Prioridade na implementação das componentes em função de:
 - a. Zonas de alta prevalência:
 - i. Região Centro
 - ii. Corredores comerciais
 - iii. Zonas fronteiriças
 - b. Áreas com potencial de eficiência:
 - i. US de grande porte
 - ii. Zonas densamente povoadas
6. As novas componentes (GATV, PTV, TARV, CD, SAAJ) têm um conceito funcional mais do que físico e devem integrar-se nas estruturas existentes;
7. A expansão do programa é faseada, assegurando a existência dum sistema de referência;
8. A qualidade do atendimento e dos serviços oferecidos é fundamental e será regularmente avaliada;
9. O PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde toma em consideração os aspectos inerentes ao género;
10. O período 2004-2005 corresponde à uma fase piloto a partir do qual adaptações serão realizadas. A fase 2006-2008 será caracterizada pela expansão, tendo como base das lições aprendidas durante a fase piloto;
11. As estratégias desenvolvidas dentro do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde servem para reforçar o processo de descentralização da planificação e gestão provincial.

⁷ - Análise de custo-eficácia DPC/Agosto 2003

⁸ - Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta, MPF, 2000
 - PESS, Plano Estratégico do Sector de Saúde, Abril de 2001
 - Compromisso de Kaya Kwanga (código de Conduta), Junho de 2003
 - Memorando de Entendimento, MISAU, Novembro 2003

Princípios de priorização:**Em paralelo:**

Componentes do programa e programas relacionados chaves	Programas relacionados e serviços de apoio
<p>Nível I: Garantir a implementação e o reforço das actividades preventivas em todas as US da rede, através de uma abordagem equitativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Promoção e distribuição de preservativos ↳ Diagnostico e tratamento das ITS ↳ IEC para ITS/ HIV / SIDA ↳ Biossegurança ↳ Transfusão segura ↳ SAAJ <p>Nível II: Implementar e/ou reforçar actividades de diagnóstico, prevenção secundária e mitigação em toda a rede começando com as áreas e US que cumprem os critérios de priorização⁹.</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ GATV ↳ Quimioprofilaxia com Cotrimoxazol ↳ Tratamento das infecções oportunistas /TB ↳ PTV ↳ CD <p>Este pacote de intervenção começa nos níveis IV e III do sistema de referência, e é expandida aos níveis II e I em função da capacidade de absorção e a prevalência de HIV na comunidade.</p> <p>Nível III: Oferecer o TARV para adultos e crianças nos HDD, de forma integrada com as outras componentes e respeitando os critérios de priorização. Este pacote de intervenção começa nos níveis IV e III do sistema de referência, e é expandida aos níveis II e I em função da capacidade de absorção e a prevalência de HIV na comunidade.</p>	<p>Melhorar os serviços de saúde de forma que seja possível uma integração eficaz das novas componentes, em particular nos seguintes programas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ PNCTL ↳ RESP ↳ SMI (saúde reprodutiva e saúde infantil). ↳ Serviços curativos de rotina (triagens, consultas, internamento) ↳ Nutrição ↳ Saúde Mental ↳ Medicina Tradicional ↳ Intervenção comunitária <p>Melhorar os serviços de apoio de forma a operacionalizar o programa com eficiência e qualidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> ↳ Sistemas de planificação, orçamentação, auditorias ↳ Gestão financeira (financiamento das actividades e dos implementadores) ↳ Formação e gestão dos recursos humanos ↳ Reabilitação e construção ↳ Farmácia ↳ Laboratórios ↳ Logística ↳ Monitoria e avaliação

⁹ Ver o ponto 5 dos princípios de base

IV.2. ÁREAS CHAVES DE INTERVENÇÃO

ÁREAS-CHAVES E OBJECTIVOS:

- **Área-chave 1: Reduzir a transmissão sexual**
 - Assegurar a promoção e distribuição de preservativos.
 - Aumentar a cobertura do diagnóstico e tratamento das ITS.
 - Reduzir os comportamentos sexuais de alto risco nos jovens de 10 a 24 anos através da expansão dos SAAJ.
- **Área-chave 2: Reduzir a transmissão vertical**
 - Aumentar o número de recém-nascidos de mães HIV+ protegidos contra a infecção por HIV.
- **Área-chave 3: Melhorar a qualidade dos serviços prestados nas US, no âmbito da prevenção do HIV/SIDA**
 - Garantir a testagem para HIV de todas as colheitas de sangue para transfusão.
 - Aumentar a biossegurança dos procedimentos médico-cirúrgicos invasivos.
- **Área-chave 4: Reduzir o impacto do HIV/SIDA sobre os trabalhadores de saúde**
 - Reduzir a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde às infecções acidentais e o impacto da doença sobre o seu estado de saúde e psicossocial
 - Oferecer apoio psicológico aos provedores de cuidados de forma a evitar situações de desgaste psicológico.
- **Área-chave 5: Aumentar a sobrevivência e qualidade de vida das PVHS**
 - Aumentar a possibilidade de diagnóstico serológico nos GATV, serviços de SMI-maternidade, e laboratórios clínicos.
 - Expandir a capacidade de diagnóstico, tratamento e prevenção das IO ao nível mais básico da rede.
 - Providenciar atendimento especializado de qualidade, incluindo o TARV, em unidades sanitárias seleccionadas.
 - Melhorar a qualidade e prolongar a vida dos PVHS através de iniciativas comunitárias de CD reguladas e coordenadas com o SNS.
 - Providenciar apoio psicológico e tratamento psiquiátrico em US especializadas.
- **Área-chave 6: Melhorar a qualidade e a uso da informação sobre o HIV/SIDA**
 - Aumentar a fiabilidade dos perfis epidemiológicos e as previsões sobre a evolução da epidemia.
 - Avaliar o efeito das intervenções incluídas no plano e o seu impacto sobre o sistema.

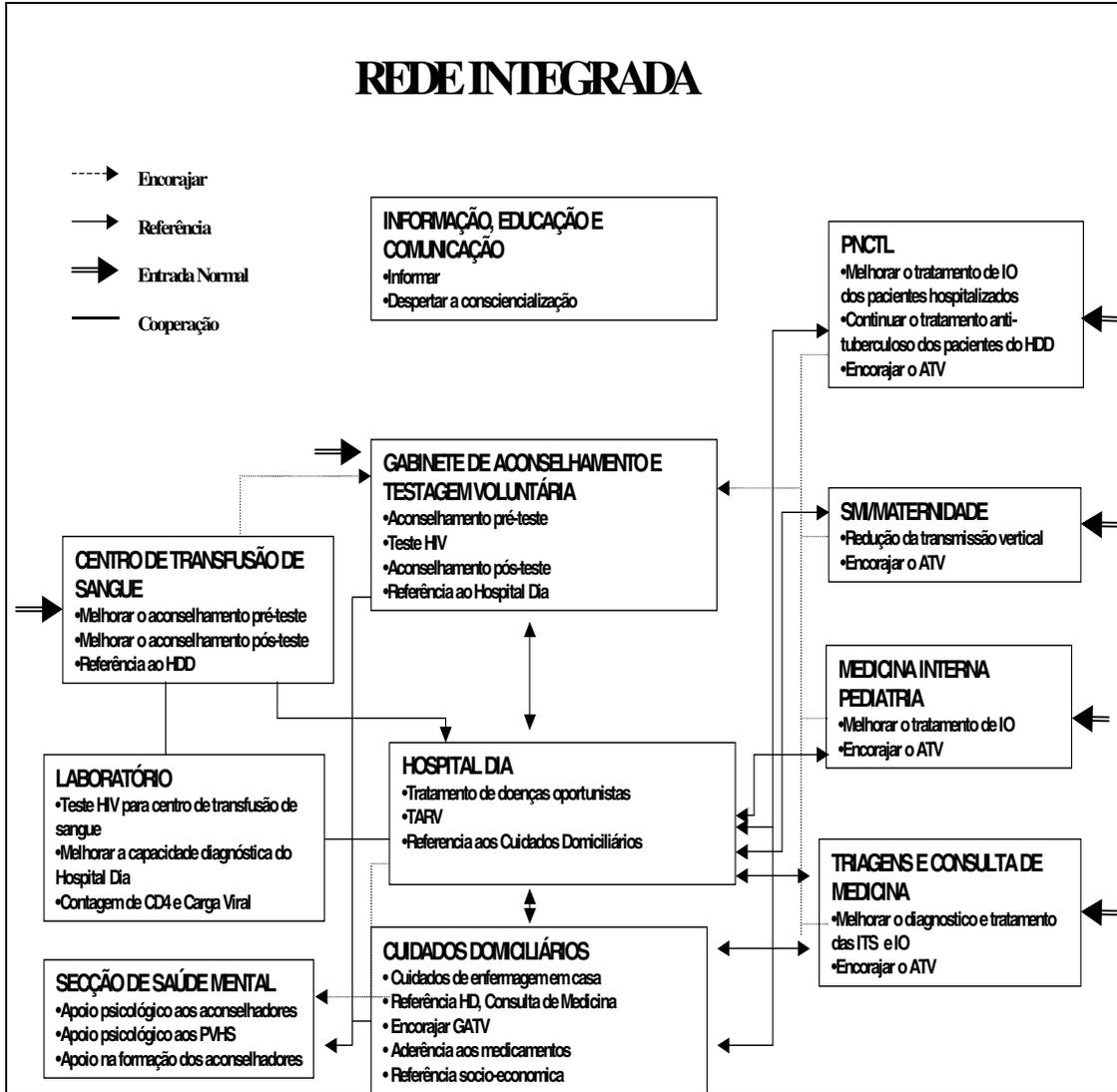
Cada área-chave representa uma intervenção ou grupo de intervenções com efeito identificável sobre a evolução e o impacto da epidemia de HIV/SIDA. Porém, o efeito combinado da implementação de várias intervenções em simultâneo e no mesmo lugar é maior do que isoladamente. Integrar todas as intervenções num contínuo de acções que, por sua vez, é oferecido em dentro dum sistema de prestação de serviços em associação com outras actividades terá ainda um efeito multiplicador¹⁰.

IV.3. O CONCEITO DA RI PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

¹⁰ A interação entre PTV e programas de redução da mortalidade materna pode servir como exemplo.

A RI é um **conceito funcional** que visa garantir a continuidade no atendimento às PVHS. Os elementos que compõem a rede variam em função das necessidades e das possibilidades de implementação. Essencialmente a RI representa um sistema de referência que consiste em serviços especializados para doentes com SIDA bem como as vias de acesso a estes serviços e sectores de apoio.

Figura 5: Estrutura e funções da RI



Os serviços especializados da RI incluem o HDD, GATV e CD¹¹. Outras intervenções sobre HIV/SIDA, como a PTV, são oferecidos em serviços existentes; por sua vez, estes são

¹¹ Para uma descrição completa, veja o Manual Operacional do PEN IITS/HIV/SIDA-sector saúde

complementados com serviços de acesso (triagens, PNCTL, consultas pré-natal, banco de sangue, laboratório, etc) e serviços de apoio (farmácia, laboratório), para além das áreas de internamento onde também se oferecem estes cuidados. As componentes preventivas estão obviamente incluídas no conceito da rede.

- Os GATV são a principal porta de entrada ao atendimento; através destes as pessoas são encaminhadas, quer no reforço de comportamentos preventivos, quer para investigação posterior e atendimento clínico. Neste PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde foram definidos apenas os GATV situados nas US ou em estreita relação com estas.

Definição dos diferentes tipos de GATV:

- **GATV clássico:** é o GATV normal, que recebe basicamente os utentes voluntários que pretendem saber o seu estatuto serológico.
- **GATV satélite:** é o GATV que funciona apenas 1 ou 2 dias num distrito, num mesmo local. Os conselheiros vão regularmente ao mesmo local e fazem aconselhamento e testagem de acordo com a autorização da direcção distrital. A fichas de registro desta unidade satélite deve entrar no sistema de dados de um GATV clássico.
- **GATV/PTV:** é um GATV dentro do programa de PTV. O conselheiro que trabalha dentro do GATV/PTV deve seguir os mesmos procedimentos dos conselheiros dos GATV, ou seja, fazer o aconselhamento e testagem e preencher a ficha comum de registro dos GATV.
- **GATV/SAAJ:** é um GATV dentro dos SAAJ. O conselheiro que trabalha dentro do GATV/SAAJ deve seguir os mesmos procedimentos dos conselheiros dos GATV, ou seja, fazer o aconselhamento e testagem e preencher a ficha comum de registro dos GATV.
- **GATV dentro de Hospitais:** é um GATV que funciona dentro duma US e trabalha com aconselhamento e testagem junto aos pacientes internos. Este tipo de serviço faz com que o conselheiro tenha que trabalhar integrado com serviço médico. O resultado do teste é sigiloso e não confidencial já que o paciente ira levar o resultado ao médico responsável.

- Os HDD concentram o atendimento clínico aos doentes, desde o controle de infectados assintomáticos até ao TARV, passando pelo tratamento das infecções oportunistas. Dada a complexidade clínica do SIDA, os HDD deverão concentrar os recursos humanos mais qualificados.

Definição HDD

O HDD é uma unidade especializada no atendimento a pessoas infectadas com HIV/SIDA com uma componente ambulatoria e uma componente de assistência domiciliar. O HDD, integrado na rede de serviços de saúde a prestar à população, é o lugar por excelência para a introdução e controlo do TARV. A dispensa dos medicamentos é feita no HDD, obedecendo a um sistema de controlo estabelecido pelo Departamento de Farmacêutico. A ligação entre o HDD e os CD é a pedra basilar no controle e tratamento das PVHS.

Objectivos:

- Diminuir os dias de hospitalização.
 - Evitar as sobrecargas do hospital.
 - Manter os pacientes no seu contexto familiar.
 - Melhorar o acesso aos tratamentos.
 - Centralizar os tratamentos e melhorar a ligação hospital/comunidade
 - Educação e prevenção no seio das famílias.
 - Responsabilização da comunidade.
 - Formação especializada do pessoal da saúde.
- Os CD dão apoio às PVHS nas zonas de residência e são multidisciplinares por definição. Têm componentes de cuidados de saúde, incluindo os paliativos, e critérios de referência à US, aderência aos medicamentos, incluído o TARV, tratamento e profilaxia das IO incluindo TB, educação em saúde para a prevenção primária e secundária, aconselhamento e referencia socioeconómico.

Não existe um modelo único de RI, como não existe um modelo único de hospital. Deste modo denomina-se:

- **RI em transição:** incluem as redes compostas apenas por uma parte dos serviços.
- **RI completas ou RI:** são as que oferecem todos os serviços.

Em termos de localização, os serviços da RI completa podem estar na mesma US, ou acontecer que um RI seja formada por serviços situados em diferentes US, ou até, em distritos diferentes; por exemplo: o HDD para TARV pode estar situado num HR, enquanto que o tratamento das infecções oportunistas em 2-3 CS de distritos vizinhos; várias US podem fazer PTV e as US das sedes distritais dispõem de GATV ou as que possuem GTAV satélite; a farmácia do HR serve as outras US, etc]. **É importante ter sempre presente que o conceito funcional e não físico!**

A existência de espaços exclusivos dependerá mais da carga de trabalho do que da especialização do atendimento. Dentro do contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, o **conceito de integração** deve ser claro e refere-se basicamente à integração nas estruturas já existentes, não só nas US, mas também as instituições de gestão e referência, respeitando a estruturação do sistema por níveis; por exemplo, não seria lógico que os hospitais referissem doentes para TARV em CS. Portanto o que transforma um conjunto de serviços situados em US/distritos é um sistema de informação e gestão que os unifica.

IV.4. INTERLIGAÇÃO DAS COMPONENTES E DOS SERVIÇOS

Muitas das intervenções do PENITS/HIV/SIDA/-sector saúde descritas nas áreas chaves são oferecidas pelos mesmos serviços, usando mecanismos que já existem. Em seguida, apresentam-se os objectivos e estratégias, por componente e serviços de apoio, de acordo com a seguinte classificação:

Componentes do PEN ITS /HIV/SIDA	Serviços de apoio do PEN ITS /HIV/SIDA
<p><u>Componentes preventivas</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção e distribuição de preservativos 2. Diagnostico e tratamento das ITS 3. IEC 4. GATV 5. PTV 	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos legais, jurídicos e do gênero • Formação e gestão dos recursos humanos • Planificação • Monitoria e avaliação • Gestão financeira (financiamento das actividades e dos implementadores) • Reabilitação e construção • Logística • Farmácia • Laboratórios
<p><u>Componentes de cuidados e tratamento</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Tratamento das infecções oportunistas (incluindo TB) 7. CD 8. TARV 	
<p><u>Programas relacionados</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Biossegurança 10. SAAJ 11. Transfusão segura 12. Saúde mental 13. Intervenção comunitária 14. Nutrição 15. Medicina tradicional 	

IV.5. REGRAS PARA A EXPANSÃO DAS PRINCIPAIS COMPONENTES DO PEN ITS/HIV/SIDA- SECTOR SAÚDE

As regras para a expansão das principais componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde são apresentadas em seguida.

Quadro 1: Regras para a expansão das principais componentes do PEN ITS/HIV/SIDA:

A expansão dos serviços deve respeitar os níveis da rede sanitária.

<u>COMPONENTE</u>	<u>REGRAS</u>
CD	<ul style="list-style-type: none"> • O programa de CD deve funcionar em estreita ligação com um GATV clássico ou satélite de referência. • Os doentes observados pelos activistas dos cuidados domiciliários devem ser referidos à consulta de medicina num CS com médico ou técnico de medicina (ou enfermeiro mínimo nível básico) capacitado, ou a um HDD.
PTV	<ul style="list-style-type: none"> • O PTV deve ter o seu próprio serviço de GATV dentro da Consulta Pré-Natal (GATV/PTV) ou funcionar em estreita ligação a um GATV clássico ou satélite de referência, dependendo da sua situação e volume de utentes.
SAAJ	<ul style="list-style-type: none"> • O SAAJ também deve ter o seu próprio serviço de GATV (GATV/SAAJ) ou funcionar em estreita ligação a um GATV clássico ou satélite de referência, dependendo da sua situação e volume de utentes. • Quer o SAAJ esteja ou não dentro das US, este deve ter sempre um vínculo estrutural, administrativo e técnico com uma US.
Tratamento das IO	<ul style="list-style-type: none"> • O programa de profilaxia e tratamento das infeções oportunistas deve funcionar em estreita ligação com um GATV clássico ou satélite de referência dependendo da sua situação e volume de utentes. • O programa profilaxia e de tratamento das infeções oportunistas deve estar ligado a uma consulta de medicina num CS com técnico de medicina, ou enfermeiro de nível básico, ou médico capacitado, ou a um HDD.
TARV	<ul style="list-style-type: none"> • O início do TARV deve ser feito mediante a existência dum médico capacitado num HDD.

IV.6. DOCUMENTOS CHAVES ANEXOS AO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE

O MISAU está a elaborar um Manual Operacional que incluirá a seguinte incluirá:

- ↳ Discrição ampla de cada uma das componentes do PEN ITS/HIV/SIDA - sector saúde;
- ↳ Protocolos de tratamento (incluindo algoritmos e responsabilidade para o tratamento ITS, tratamento das infeções oportunistas, TARV);
- ↳ Fluxogramas dos pacientes e circuitos de referência;
- ↳ Equipa mínima necessária para a implementação de cada componente;
- ↳ Composição do Grupo de Trabalho da componente (se existir);
- ↳ Fichas de recolha e fluxo de informação da componente.

Uma lista padronizada de indicadores (listas geral e compacta contendo apenas os indicadores chaves seleccionados) de cada componente e alguns serviços de apoio com vista à monitoria e avaliação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector de saúde.

V. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS

V 1. OBJECTIVO GERAL E RESULTADOS ESPERADOS

Oferecer uma combinação adequada de serviços de saúde preventivos e curativos, com forma de reduzir as transmissões sexual e a vertical, evitar a transmissão do HIV nas US, e prolongar o tempo e a qualidade de vida das PVHS, incluindo os próprios trabalhadores de saúde.

Em seguida apresentam-se os resultados esperados e volume de serviços oferecidos por componente.

Componente	Volume de serviços e resultados esperados até 2008 ¹²
Promoção e distribuição do preservativo	- Ver tabela A para a expansão dos serviços oferecidos
ITS	- Implementação da abordagem sindrómica em todas as US - Implementação da abordagem etiológica em todos os hospitais ¹³ - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos, resultando: <ul style="list-style-type: none"> • no aumento da cobertura do programa de 25% de para 50%. • no tratamento de um total de 4.8 milhões de ITS. • em mais de 200.000 infecções pelo HIV evitadas
Biossegurança	- Treino de uma pessoa em cada US e em cada secção de cada hospital na área de biossegurança
Transfusão segura	- Testagem antes da aplicação de 100% dos produtos sanguíneos nos 111 sítios de transfusão.
GATV	- Existência de pelo menos um GATV clássico em todos os distritos - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos
SAAJ	- Existência de pelo menos um SAAJ por distrito - Existência de um SAAJ de referência em todos os hospitais, até ao nível dos HR. - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos
IEC	- Existência de um programa funcional de educação para a saúde nas 129 RI.
Tratamento das IO	- Todos os hospitais de dia e as consultas de medicina até ao nível dos centros de saúde tipo I (128) bem como os centros de saúde urbanos (cerca de 42) e os centros de saúde com laboratório (cerca 80) oferecem profilaxia e tratamento das IO ¹⁴ - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos
PTV	- Existência de serviços de PTV providenciados em conjunto com um serviço de atendimento das crianças em risco (nascidas de mães HIV+) em todas as maternidades dos CS tipo I (128), CS urbanos (cerca de 42) e CS com laboratório (cerca de 80) . - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos

¹² Não há metas quantitativas para as componentes de nutrição, saúde mental, intervenção comunitária, medicina tradicional; estas acompanham a expansão das componentes de GATV e CD e a implementação das RI.

¹³ Inclui um total de 128 hospitais: 45 hospitais atuais e 83 CS de tipo I que passaram a Hospitais Distritais (ver a Tabela 6: Rede sanitária do SNS em 2002)

¹⁴ Com a excepção do diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas complexas que precisam ser diagnosticadas e tratadas pelo um médico num HDD e com um laboratório mais sofisticado (Referir ao Manual Operacional)

Componente	Volume de serviços e resultados esperados até 2008 (cont.)
CD	- Existência de um programa de CD em todos os HDD, consultas de medicina, CS tipo I (128), CS urbanos (cerca de 42), CS com laboratório (cerca de 80), para os doentes nas fase III ¹⁵ e IV. - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos
RI, HDD e TARV	- Existência de em 129 HDD a providenciar TARV dentro duma RI, cujos doentes cumpram os critérios de elegibilidade, incluindo PTV+. - Ver tabelas B e C para a expansão dos serviços oferecidos

As projecções 2004-2008 de preservativos, US e pessoas atendidas são apresentadas em seguida.

Projeções 2004-2008: preservativos, US e pessoas atendidas por intervenção:					
Tabela A: Projecção da distribuição de preservativos, 2004-2008					
	2004	2005	2006	2007	2008
Preservativos distribuídos	25,360,000	31,600,000	35,400,000	43,400,000	50,400,000

Tabela B: US envolvidas por intervenção, 2004-2008					
Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008
Diagnóstico e tratamento ITS	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
Transfusões seguras	111	111	111	111	111
SAAJ	104	150	200	250	300
GATV clássicos	50	76	192	260	315
Prevenção Transmissão Vertical	60	120	200	250	258
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	60	120	200	250	250
Cuidados Domiciliares	60	120	200	250	250
TARV - HD - REDES INTEGRADAS	17	24	112	112	129

O volume total de pessoas incluídas por cada componente, onde o resultado possa ser medido quantitativamente é sumarizada na seguinte tabela C¹⁶.

Tabela C: Pessoas atendidas por intervenção, 2004-2008					
Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008
Diagnóstico e tratamento ITS	684,828	818,592	958,410	1,104,795	1,275,964
Transfusões seguras	80,000	85,000	90,000	95,000	100,000
SAAJ	104,000	160,000	220,000	270,000	330,000
GATV	72,000	135,000	384,000	540,000	945,000
Prevenção Transmissão Vertical	35,858	50,734	67,209	85,394	90,333
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	34,311	67,779	94,178	108,207	114,965
Cuidados Domiciliares	11,355	27,582	67,371	107,238	143,776
TARV - HD - REDES INTEGRADAS	7,924	20,805	57,954	96,418	132,280

¹⁵ Classificação da OMS

¹⁶ Para a componente de CD, assumiu-se que todos os doentes com TARV, a maioria dos doentes na fase IV, um terço dos doentes na fase III, bem como os grupos vulneráveis nas fases I e II vão entrar no programa de CD (segundo a classificação da OMS).

V.2. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS POR COMPONENTE

V.2.1. PROMOÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE PRESERVATIVOS

O MISAU tem em conta a necessidade do desenvolvimento de estratégias de distribuição de preservativos. Estas estratégias serão desenvolvidas durante o primeiro ano de implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, e será necessária a colaboração e participação de pessoal dos vários departamentos e programas do MISAU, incluindo os programas de IEC, de Prevenção e Controle das ITS, a Repartição de Educação para Saúde Pública (RESP), Saúde Reprodutiva (SR), Central de Medicamentos (CMAM), bem como do CNCS.

A disponibilidade e acesso a preservativos é um elemento essencial na prevenção da transmissão do HIV. Através dos serviços de GATV, SAAJ e do programa de ITS, durante o período, será possível atingir cerca de 3 milhões de pessoas em risco, disseminar mensagens e distribuir preservativos. O PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, em conjunto com o Departamento da Saúde da Comunidade, têm planificada a distribuição de cerca de 184 milhões de preservativos, incluindo a distribuição geral de preservativos masculinos ao nível nacional e, projectos específicos de distribuição de preservativos femininos a grupos alvos definidos, particularmente as trabalhadoras do sexo. Após a concretização das primeiras actividades piloto, as lições aprendidas e a experiência sobre intervenções de promoção e distribuição de preservativos femininos, serão analisadas, colaborativamente com a Secção de Saúde Familiar onde estão igualmente previstas intervenções específicas. Menos de metade dos preservativos serão distribuídos nas US. O restante será distribuído com a colaboração do CNCS e dos seus Núcleos Provinciais, assim como, das ONG ou como forma de promoção social. Note-se que, nesta componente é essencial o reforço da parceria com as ONG.

V.2.2. DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS ITS

OBJECTIVO: Reduzir a prevalência e incidência do HIV e das ITS

Objectivo específico 1: Melhorar e expandir as actividades de IEC e o aconselhamento.

Estratégias:

- Promover o uso do preservativo e disponibilizar preservativos nos serviços de diagnóstico, tratamento e seguimento das ITS (US e serviços móveis).
- Promover comportamentos sexuais seguros - “*arsu*” (adiar o início das relações sexuais, reduzir o número de parceiros, ser fiel ao parceiro, usar o preservativo)

Objectivo específico 2: Melhorar e expandir o diagnóstico, tratamento e seguimento das ITS.

Estratégias:

- Rever e actualizar algoritmos e protocolos de tratamento, tendo como base os resultados do estudo sobre a validação da abordagem sindrómica.
- Rever e actualizar as normas de tratamento das ITS - abordagem etiológica, de acordo com o resultado das pesquisas.

- Assegurar stocks e aprovisionamento adequados de medicamentos eficazes para o tratamento das ITS, segundo o tipo de abordagem e nível de atenção.
- Assegurar uma formação inicial adequada e a implementação de uma formação contínua dos trabalhadores de saúde envolvidos nos serviços das ITS.

Objectivo específico 3: Apoiar tecnicamente o pessoal envolvido na implementação do programa das ITS

Estratégias:

- Garantir a disponibilidade e distribuição dos manuais, protocolos e outro material a todos os locais de implementação e pessoal dos serviços das ITS.
- Assegurar supervisões regulares.
- Estabelecer um sistema de comunicação e retroinformação contínuo e adequado.

Objectivo específico 4: Melhorar a monitoria e avaliação dos serviços de prevenção e de controlo das ITS.

Estratégias:

- Reforçar e melhorar a cobertura e qualidade do sistema de notificação das ITS.
- Realizar estudos sobre a incidência, prevalência e etiológica das ITS.
- Realizar estudos de sensibilidade e resistência dos agentes das ITS aos fármacos de uso corrente.
- Estudar possibilidades de integração no sistema de vigilância sentinela do HIV/Sífilis outras ITS (ex: Gonorreia, Chlamidia etc.).

Objectivo específico 5: Melhorar a integração das actividades ITS nas RI e aumentar a sua ligação com outras áreas relevantes.

Estratégia:

- Adaptar e revitalizar o sistema de referência das ITS das US.

V.2.3. INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO ¹⁷

Objectivos:

1. Fortalecer as capacidades individuais e da comunidade de prevenção das ITS/HIV/SIDA, particularmente em jovens, mulheres grávidas, trabalhadoras de sexo e portadores de ITS, com vista à redução da sua vulnerabilidade.
2. Promover a procura dos serviços de saúde que compõem a RI.

¹⁷ Nota: O MISAU está a participar activamente na elaboração da estratégia de comunicação HIV/SIDA desenvolvido sob liderança do CNCS a ser disseminado brevemente. Particular atenção está sendo dada na colaboração para o desenvolvimento dos planos, harmonização de objectivos e na padronização de mensagens. O IEC do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde ir-se-à integrar na política de intervenção comunitária (ver componente 13 "Intervenção comunitária"), que será desenvolvida pelo MISAU.

Objectivo específico 1: Aumentar o nível de conhecimento e de consciencialização da população adulta sexualmente activa para reduzir a sua vulnerabilidade às ITS/HIV/SIDA.

Estratégias:

- Fornecer a população adulta sexualmente activa, de ambos os sexos, conhecimentos sobre sinais e sintomas de ITS/HIV/SIDA.
- Enfatizar as consequências sobre os comportamentos de risco.
- Garantir o acesso à informação sobre a prática de sexo seguro, como forma de permitir uma decisão consciente.

Objectivo específico 2: Aumentar o nível de conhecimento e consciencialização dos jovens sexualmente activos e não activos sobre a sua vulnerabilidade, como forma de retardar o início da actividade sexual e/ou praticar o sexo seguro.

Estratégias:

- Divulgar informação correcta sobre sexualidade e saúde sexual.
- Promover o uso do preservativo.
- Aumentar a capacidade de negociação dos adolescentes e jovens para o adiamento do início da actividade sexual e prática do sexo seguro.
- Promover a dupla protecção para prevenção das ITS/HIV/SIDA e gravidez indesejada.
- Promover os SAAJ como estratégia para aumentar uso desses serviços pelos adolescentes e jovens.

Objectivo específico 3: Aumentar o nível de consciência das trabalhadoras de sexo sobre a sua vulnerabilidade às ITS/HIV/SIDA e procura de serviços de saúde.

Estratégias:

- Aumentar a capacidade de negociação e poder de decisão para o uso do preservativo.
- Promover a procura dos serviços de saúde.

Objectivo específico 4: Aumentar a procura e seguimento correcto do tratamento de ITS, IO e TARV.

Estratégias:

- Promover a aderência ao tratamento das ITS, das IO e o TARV.
- Promover a aderência dos parceiros sexuais ao tratamento das ITS, não descurando a questão do género.

Objectivo específico 5: Aumentar a procura dos serviços de GATV, PTV CD, HDD.

Estratégias:

- Promover a testagem voluntária, particularmente nos jovens e mulheres grávidas.
- Promover os serviços dos programas de CD e HDD.

- Estabelecer parcerias com as ONG, privadas, comunidade e outros sectores.
- Promover os serviços de PTV de modo a aumentar a demanda por parte de mulheres grávidas.

Objectivo específico 6: Fortalecer as capacidades dos técnicos de saúde para a promoção da prevenção e tratamento das ITS, prevenção do HIV e prestação dos cuidados as PVHS.

Estratégias:

- Melhorar a comunicação interpessoal dos trabalhadores de saúde que prestam serviços na área de ITS/HIV/SIDA.
- Sensibilizar os trabalhadores de saúde de forma regular e sistemática sobre a avaliação do risco pessoal e a prevenção da transmissão das ITS e do HIV.

Objectivo específico 7: Melhorar a monitorização e avaliação das intervenções da IEC.

Estratégias:

- Monitorizar a tendência de mudança dos comportamentos sexuais de risco de infecção de ITS/HIV, assim como as atitudes perante as PVHS e as crenças sobre o HIV/SIDA.
- Utilizar a informação proveniente dos inquéritos realizados e dos sistemas de informação existentes, no desenho e melhoria das intervenções preventivas e programáticas de IEC.
- Realizar estudos comportamentais sobre ITS/HIV, incluindo estudos com grupos vulneráveis específicos.

V.2.4. GABINETES DE ACONSELHAMENTO E TESTAGEM VOLUNTÁRIA

OBJECTIVOS:

- 1. Aumentar o acesso através da expansão dos serviços dos GATV.**
- 2. Melhorar e garantir a qualidade dos serviços dos GATV.**

Objectivo específico 1: Expandir a inserção dos serviços de aconselhamento e testagem nos GATV, GATV/SAAJ, GATV/PTV, nas unidades satélites e nos serviços de Aconselhamento de Testagem nos Hospitais.

Estratégias:

- Desenvolver e seguir os planos operacionais anuais para a expansão dos serviços.
- Procurar o apoio das diferentes instituições para a expansão dos serviços, coordenando as áreas de formação, supervisão, instalação do sistema informatizado dos GATV, estabelecimento de novos gabinetes e serviços satélites adicionais.
- Assegurar a formação adequada do pessoal nos GATV e novos serviços.
- Capacitar parceiros no estabelecimento de serviços satélites.
- Colaborar na inserção dos serviços de ATV nas diferentes componentes das RI.

Objectivo específico 2: Desenvolver e reforçar as ligações e colaborações com outros programas e serviços.

Estratégias:

- Intensificar e otimizar a parceria e ligação com outros programas e serviços, como o PNCTL, PTV, SAAJ e a Medicina Interna.
- Reforçar a ligação GATV – TB com despistagem da TB nas PVHS, e ATV para os casos de TB.

Objectivo específico 3: Melhorar e manter a qualidade dos serviços dos GATV.

Estratégias:

- Actualizar os protocolos nacionais para os GATV.
- Assegurar a qualidade dos serviços dos GATV através de visitas de supervisão regulares e adequadas.
- Assegurar a reciclagem e formação adequada do pessoal nos GATV existentes.

Objectivo específico 4: Assegurar a ligação dos GATV com os programas ou actividades comunitários do HIV/SIDA.

Estratégias:

- Participar na harmonização e produção de material de IEC.
- Promover o uso dos serviços de GATV ao nível da comunidade.
- Apoiar a realização de campanhas específica.
- Encorajar a criação de grupos de suporte e articular com grupos da comunidade o apoio a PVHS.

Objectivo específico 5: Garantia da qualidade dos serviços prestados fora do sector público.

Estratégia:

- Acreditar e efectuar controlo de qualidade dos serviços prestados pelo sector privado na área do ATV.

Objectivo específico 6: Continuar a melhoria da monitoria e avaliação dos serviços dos GATV.

Estratégias:

- Expandir o sistema de base de dados aos GATV existentes e novos serviços a serem estabelecidos.
- Supervisar e acompanhar a recolha e entrada de dados nos locais existentes.
- Harmonizar o sistema informatizado entre o nível local, ONG, DPS e o nível central.
- Assegurar a análise e interpretação de dados para melhoria dos programas preventivos e curativos.
- Disseminar a informação através da produção de relatórios trimestrais e anuais.

- Conduzir uma avaliação do programa no ano 2004 e formular recomendações concretas sobre as oportunidades de melhoria do mesmo.

V.2.5. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL

OBJECTIVO GERAL: Reduzir a transmissão de HIV da mãe para filho, providenciando seguimento e tratamento profiláctico às mães durante a gravidez, parto e às crianças até aos 18 meses.

Objectivo específico 1: Disseminar informação sobre transmissão vertical mãe-filho promovendo a aderência ao programa da PTV nas comunidades e, advocacia dentro e fora das instituições de saúde.

Estratégias:

- Fazer advocacia sobre a PTV para sensibilizar e atrair novos parceiros.
- Recolher informação sobre a implementação da PTV no país, de forma a produzir um documento anual cujo conteúdo reflecta todo o processo e as mudanças necessários para a gradual melhoria e disseminação do programa.
- Elaborar um folheto informativo da PTV para os trabalhadores de saúde e a comunidade em coordenação com a RESP.
- Procurar e divulgar informações mais recentes e últimos avanços sobre PTV.
- Estabelecer uma rede de comunicação funcional, com outros intervenientes no PTV.

Objectivo específico 2: Melhorar a qualidade do atendimento nos serviços materno-infantis terão para integrar a PTV.

Estratégias:

- Integrar os serviços da PTV nos serviços de SMI, reforçando as estruturas existentes.
- Desenvolver todos os documentos e instrumentos técnicos para a implementação da PTV (material de treino e supervisão, fichas de recolha de informação, normas técnicas, guião de operacionalização etc.).
- Criar capacidade de treino nas províncias.
- Melhorar os conhecimentos e as habilidades dos trabalhadores de saúde através do seu treinamento.
- Avaliar as necessidades em estrutura física, equipamento, e materiais das US e equipar/ reabilitar os serviços que irão implementar a PTV.

Objectivo específico 3: Assegurar a integração da PTV nos outros serviços de SIDA de modo a garantir que mulheres grávidas e seus parceiros recebam aconselhamento, tratamento e seguimento em ITS/HIV/SIDA.

Estratégias:

- Criar mecanismos de coordenação com os vários sectores e departamentos do MISAU envolvidos na PTV.
- Elaborar os planos de actividades da PTV integrados no PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, integrando os serviços de HIV/SIDA que tenham ligação com a PTV.

Objectivo específico 4: Assegurar a ligação das US com os programas comunitários do HIV/SIDA.

Estratégias:

- Criar mecanismos de coordenação entre as US implementadoras e a comunidade.
- Elaborar as estratégias para a componente comunitária da PTV.
- Promover trocas de experiências entre as províncias.
- Articular com os grupos da comunidade, o apoio a mulheres grávidas HIV+.
- Encorajar a criação de grupos de apoio para as mulheres grávidas HIV+ em cada US.

Objectivo específico 5: Em colaboração com a Repartição de Nutrição, garantir um serviço de aconselhamento à mãe em relação à alimentação da criança.

Estratégias:

- Incluir nos treinos da PTV um módulo sobre alimentação de recém-nascido de mãe HIV+.
- Desenvolver materiais de IEC para os trabalhadores de saúde e agentes comunitários.
- Reforçar o aconselhamento sobre a alimentação nos serviços que implementam actividades da PTV (consulta pré-natal, maternidade e consulta da criança em risco).
- Incluir o aconselhamento sobre a alimentação da criança nas actividades comunitárias.

Objectivo específico 6: Apoiar as províncias na gestão da PTV.

Estratégias:

- Criar capacidade descentralizada de implementação da PTV (gestão, supervisão, M&A).
- Promover trocas de experiência entre as províncias.
- Garantir a participação das províncias na reunião nacional anual de avaliação do processo de implementação da PTV.
- Apoiar as províncias na avaliação da implementação da PTV.

Objectivo específico 7: Assegurar a M&A das actividades da PTV de acordo com aos indicadores nacionais e de programa.

Estratégias:

- Supervisar e monitorizar o processo de implementação nas províncias e criar capacidade provincial/distrital de supervisão.
- Desenvolver os instrumentos de recolha e o fluxo de informação, desde a US até o nível central.
- Criar uma base de dados de seguimento da PTV, que progressivamente será descentralizada para as províncias.

Objectivo específico 8: Identificar aspectos relevantes e conduzir pesquisas operacionais com vista à melhoria da PTV e de programas associados.

Estratégias:

- Desenvolver uma lista de pesquisas operacionais relevantes em PTV.
- Coordenar com as instituições envolvidas nas pesquisas na área da saúde (INS, Faculdade de Medicina, CISM-Manhiça).

V.2.6. PROFILAXIA E TRATAMENTO DAS INFECÇÕES OPORTUNISTAS

OBJECTIVO GERAL: Providenciar tratamento e cuidados efectivos e contínuos aos doentes com HIV/SIDA e portadores de infecções oportunistas.

A TB não só é a infecção oportunista mais frequente, mas também a causa de morte mais frequente em doentes com SIDA¹⁸. Deve-se facilitar a integração progressiva das actividades entre os dois programas, já que partilham os mesmos utilizadores. Todos os trabalhadores em contacto com PHVS, incluindo conselheiros dos GATV, enfermeiras de SMI e voluntários dos CD deverão ser treinados no despiste da TB. Todas as US onde se providencie o tratamento das infecções oportunistas farão o despiste activo da TB, através da baciloscopia para sua confirmação. O sistema de informação será único para os dois programas a médio prazo, facilitando o seguimento do doente pelos diferentes serviços.

Objectivo específico 1: Melhorar as habilidades do pessoal de saúde para garantir a identificação, profilaxia e tratamento das infecções oportunistas mais comuns.

Estratégias:

- Formar todo o pessoal de saúde envolvido nos HDD, triagem, Consulta Pré-Natal, Consultas de Medicina e de Crianças a seguir à expansão das RI, segundo o plano de formação Central e Provincial.
- Disponibilizar manuais e protocolos actualizados ao pessoal de saúde.
- Supervisar o pessoal de saúde envolvido e garantir a de serviços qualidade prestada.

Objectivo específico 2: Reforçar a provisão de serviços de saúde para garantir a profilaxia e o tratamento das infecções oportunistas mais comuns.

Estratégias:

- Garantir que os laboratórios clínicos tenham a capacidade mínima definida pelo plano de expansão das RI.
- Garantir o aprovisionamento de medicamentos para profilaxia e tratamento das infecções oportunistas.

Objectivo específico 3: Assegurar o despiste e referência precoce incluindo a aderência, profilaxia e o tratamento das infecções oportunistas.

Estratégias:

¹⁸ Existe um Plano Nacional Quinquenal (2003-2008) de Controlo da tuberculose e lepra, MISAU, Março 2003

- Estabelecer um sistema de referência e retroinformação entre os vários componentes das RI, incluindo os CD.
- Sensibilizar o pessoal de saúde sobre a importância apoiar tecnicamente os programas de CD, como forma de assegurar a continuidade de cuidados e tratamento.

Objectivo específico 4: Reforçar a ligação entre o PNCTL e o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

Estratégias:

- Reforçar as actividades de prevenção da transmissão da TB PVHS e do HIV em doentes com TB.
- Melhorar o acesso dos doentes com TB aos GATV e ao TARV e seus benefícios.
- Encorajar o uso de tratamento profilático com cotrimoxazol (TPC) de forma a reduzir a incidência e mortalidade por infecções oportunistas nos TB/HIV+.
- Melhorar o despiste da TB e encorajar o uso e tratamento profilático com Isoniazida, de forma a reduzir a transmissão da TB, suas sequelas, recorrência ou mortalidade por TB em PVHS.

Em relação ao tratamento das infecções oportunistas, há três situações a considerar que conduz a diferentes tipos de actividades prestadas¹⁹:

- (A). Tratamento das infecções oportunistas nos CS **com** médico capacitado (sem ou com a estrutura duma RI).
- (B). Tratamento das infecções oportunistas nos CS **sem** médico mas com técnico de medicina capacitado.
- (C). Tratamento das infecções oportunistas nos CS **sem** técnico de medicina capacitado mas **com** enfermeiro (médio ou básico).

V.2.7. CUIDADOS DOMICILIÁRIOS

Definição de CD

O MISAU distingue “cuidados” de 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.

O SNS não implementa CD, mas desempenha um papel regulador que inclui coordenação, aplicação das normas, monitoria e avaliação, supervisão técnica pelos HDD e US treinadas para o efeito.

¹⁹ Ver o Manual Operacional – Tratamento das infecções oportunistas

HDD e CD a PVHS:

A ligação HDD - CD é a pedra basilar no controle e tratamento das PVHS. A supervisão técnica dos programas de CD vai criar continuidade de cuidados entre o SNS e a comunidade no atendimento integral às PVHS.

OBJECTIVO: Melhorar a qualidade e prolongar a vida das PVHS com iniciativas comunitárias de CD reguladas e coordenadas com o SNS.

Objectivo específico 1: Assegurar um padrão mínimo de qualidade e sustentabilidade nos CD.

Estratégias:

- Disponibilizar material de regulação e operacionalização para o SNS e todas as organizações que implementam CD.
- Orientar os níveis provincial e distrital nas suas tarefas de coordenação, regulação e supervisão.
- Treinar os formadores/supervisores nos programas de CD nos padrões mínimos.
- Aplicar critérios de acreditação aos programas de CD.
- Implementar um sistema de supervisão regular aos níveis centrais, provinciais e distritais.
- Adaptar o conteúdo dos kits existentes às necessidades do programa de CD.
- Efectuar uma reunião anual, com vista à identificação de constrangimentos e soluções.

Objectivo específico 2: Garantir aderência aos medicamentos, incluindo os MARV, profilaxia e tratamento das infecções oportunistas, incluindo a TB e ITS.

Estratégia:

- Actualizar o modulo de aderência aos medicamentos, conjuntamente com as experiências em boas práticas dos parceiros e incorporar nas formações e reciclagens dos formadores.

Objectivo específico 3: Apoiar tecnicamente as organizações envolvidas na implementação do programa de CD.

Estratégias:

- Apoiar os parceiros na planificação e implementação dos programas (ONG, organizações baseadas na comunidade, igrejas, associações das PVHS, grupos de mulheres, viúvas, organizações guarda-chuvas etc), com material relevante tais como, normas, guias, material de IEC, etc.
- Acompanhar os supervisores/formadores no início das actividades.
- Assegurar a funcionamento de Grupo de Trabalho de CD.

Objectivo específico 4: Reforçar as mensagens de prevenção primária e secundária na prestação dos CD, com vista à diminuição da transmissão do HIV e redução da taxa de infecções oportunistas.

Estratégias:

- Capacitar os formadores em CD na área de comunicação e aconselhamento básico.
- Continuar a orientar os formadores na importância de referência aos GATV.
- Disponibilizar material de informação actualizada aos parceiros ONG.

Objectivo específico 5: Identificar e referir precocemente as infecções oportunistas para o nível apropriado de US para tratamento.

Estratégias:

- Operacionalizar os sistemas de referências e de interligação entre os serviços da RI juntamente a outras componentes da RI.
- Treinar os formadores na identificação de sinais de infecções oportunistas e critérios de referência.

Objectivo específico 6: Criar mecanismos de coordenação e referência multisectorial nos CD, de modo a obter-se uma abordagem que abranja a gama de necessidades socio-económicas das PVHS e as famílias afectadas, tais como problemas das criança órfãs e vulneráveis, alimentação, assuntos legais, etc.

Estratégias:

- Orientar a DPS na sua tarefa de coordenação dos programas de CD para atingir uma cobertura adequada e evitar sobreposição de serviços.
- Fortalecer as ligações, através do Grupo de Trabalho, entre a componente de CD e outras intervenções comunitárias (PNCTL e Praticantes de Medicina Tradicional), bem como, outros sectores, tais como, Acção Social.
- Concretizar o acordo tripartido para coerência com os projectos que têm uma componente de Saúde financiada através o CNCS.
- Harmonizar as abordagens dos CD entre os vários doadores.
- Participar a Nível Provincial, nas reuniões de Coordenação Multisectorial, nos Núcleos Provinciais, em conjunto com Acção Social, Educação, ONG, doadores e outras entidades relevantes.

Objectivo específico 7: Assegurar a monitoria e avaliação dos programas de CD.

Estratégias:

- Estabelecer um sistema de recolha e de análise de dados.
- Orientar as DPS e os parceiros implementadores ao sistema.
- Estabelecer um plano de pesquisa operacional.

Objectivo específico 8: Expandir o serviços de CD, coincidindo com a expansão das RI.

Estratégias:

- Cobrir a área geográfica dum HDD de referência com programas de CD e seguir a expansão de tratamento das infecções oportunistas.
- Orientar o pessoal de saúde nas US situadas na área de operação dum HD de referência junto com Supervisão de Enfermagem.

V.2.8. TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL PARA OS ADULTOS E CRIANÇAS

OBJECTIVOS:

1. **Fornecer cuidados de qualidade no seguimento e tratamento às PVHS, contribuindo para a redução da morbi-mortalidade deste grupo.**
2. **Contribuir para a redução da transmissão do HIV/SIDA.**

Objectivo específico 1: Providenciar o TARV ao nível nacional de forma mais equitativa possível.

Estratégias:

- Priorizar o acesso ao tratamento nas zonas de alta prevalência e nas US de grande porte.
- Expandir rapidamente (até 2006), até ao nível de todos os HR (45 hospitais), o acesso ao TARV.
- Facilitar a expansão, possibilitando o tratamento através do aumento de médicos trabalhando no país (aumento da formação dos médicos e contratação de médicos estrangeiros).
- Utilizar os técnicos de medicina capacitados no TARV para o seguimento dos doentes em TARV.

Objectivo específico 2: Providenciar um tratamento com MARV de qualidade, seguro e com sustentabilidade.

Estratégias:

- Acertar a disponibilidade e distribuição de manuais, protocolos e outro material para todos os profissionais envolvidos no TARV.
- Disseminar os protocolos do TARV.
- Organizar os cursos de formação de médicos, dos técnicos e enfermeiros no manejo de infecções oportunistas e TARV.
- Definir, em conjunto com o DRH, as necessidades adicionais de formação contínua dos profissionais envolvidos no TARV.
- Implementar um sistema de supervisão regular e periódica dos aspectos clínicos do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, com visitas dos níveis central e provincial aos distritos. Isto inclui visitas de supervisão dos médicos do HDD às US que ainda não possuem um HDD, mas que fazem acompanhamento do TARV.

Objectivo específico 3: Proporcionar à criança [0-14 anos] um crescimento e desenvolvimento harmoniosos, através do controle das infecções

oportunistas; da manutenção de um estado nutricional adequado, do TARV, se for indicado; e dum apoio psicossocial à criança e à família.

Estratégias:

- Oferecer os seguintes serviços na consulta da criança HIV+:
 - a. Monitorização clínica;
 - b. Monitorização do crescimento;
 - c. Monitorização do desenvolvimento psicomotor;
 - d. Profilaxia e tratamento das infecções oportunistas;
 - e. Aconselhamento e suporte nutricional;
 - f. TARV se for indicado;
 - g. Apoio psicossocial à criança e à família.

Objectivo específico 4: Garantir uma boa aderência ao tratamento de modo a evitar ou retardar o aparecimento de resistência aos MARV.

Estratégias:

- Finalizar e disseminar os critérios de selecção dos doentes para o TARV (Critério de elegibilidade para o TARV em adultos - Algoritmo para iniciar o TARV - Anexo II).
- Cumprir rigorosamente com os critérios de selecção dos doentes para o TARV.
- Assegurar a empatia e o aconselhamento por parte dos profissionais envolvidos no TARV, a todos os níveis.
- Assegurar um envolvimento estreito na gestão e controlo dos stocks de MARV, entre o responsável da farmácia (agente ou técnico de medicina) e as direcções clínicas.

Objectivo específico 5: Implementar e fortalecer uma rede de prestação de cuidados de saúde integrados nas zonas prioritárias e estabelecer uma ligação estreita entre esta e a comunidade, por forma a assegurar um atendimento de qualidade e sustentável às PVHS.

Estratégias:

- Colaborar na selecção das US com as capacidades mínimas para realizar serviços da RI.
- Contribuir no reforço de mecanismos de funcionalidade da rede, definindo um sistema de referência e de interligação entre todos os serviços preventivos e curativos (conceito da RI).
- Assegurar uma estreita ligação entre o HDD ou a consulta de medicina e os programas de CD existentes na área.
- Assegurar uma estreita colaboração entre o TARV e o PNCTL.
- Assegurar uma estreita colaboração entre os clínicos envolvidos no tratamento e o programa IEC, na divulgação dos serviços de ATV, da acessibilidade do tratamento para o HIV/SIDA e da importância da aderência ao tratamento.
- Assegurar um estreito envolvimento na gestão e controle dos stocks de MARV, entre o sector de farmácia e as direcções clínicas ou o elemento responsável pelo TARV.

Objectivo específico 6: Assegurar a monitoria e avaliação dos serviços de tratamento com MARV.

Estratégias:

- Desenhar um sistema de seguimento individual dos doentes que seja aplicável a nível nacional, de acordo com as condições vigentes no País.
- Uniformizar a nível nacional um sistema registos e informação sobre o seguimento individual dos doentes em TARV.
- Monitorizar a aderência e a resistência aos MARV através da realização de pesquisas operacionais.
- Assegurar supervisões regulares para controlo da qualidade de informação.
- Estabelecer um sistema de comunicação e retroinformação contínua e adequada.

Objectivo específico 7: Apoiar tecnicamente o pessoal envolvido na implementação do programa de TARV.

Estratégias:

- Criar ao nível central um “centro expertise” via internet ou e-mail, para apoio às RI, respondendo às questões dos médicos, seleccionando e enviando informação de carácter científico e de interesse clínico, como parte da sua formação continua.
- Institucionalizar e operacionalizar o grupo de trabalho de tratamento.
- Participar o nas conferências nacionais e internacionais.

Para os circuitos e referência dos doentes, bem como para os princípios do TARV (algoritmos, linha de tratamento, seguimento laboratorial), consulte o Manual Operacional.

As US mais periféricas jogam um papel importante na extensão e equidade de acesso ao TARV:

- Hospitais e CS sem médico mas com técnico médio capacitado:

- a. coloca o diagnóstico da infecção HIV;
- b. controla os doentes nos estádios clínicos I e II, da OMS;
- c. diagnóstico, profilaxia e tratamento das infecções oportunistas mais simples;
- d. refere os doentes nos estádios clínicos III e IV para o HDD de referência aonde existir, para início do TARV;
- e. controle clínico e biológico (hemograma) do doente em TARV residente na sua área de saúde;
- f. faz a dispensa mensal dos MARV;
- g. ligação aos CD.

Os critérios para início do TARV têm carácter obrigatório e são de natureza clínica, biológica e psicológica.

A decisão para iniciar um TARV cabe ao médico capacitado neste domínio. A observância dos critérios para iniciar o TARV é fundamental e de carácter obrigatório.

- CRITÉRIOS PARA INICIAR O TARV NO ADULTO:

- Doentes sintomáticos com SIDA, estádios III e IV da OMS ou e
 - Doentes HIV+ com $CD4+ < 200$;
- Quando o doente estiver preparado – segundo o Algoritmo para iniciar o TARV.

Os critérios para o início do TARV em crianças por grupo etário são apresentados de seguida.

Note que, em geral, o início do TARV não é uma urgência. Assim sendo, e, devido ao facto de ser um tratamento para toda a vida, e ainda, por ter numerosos efeitos secundários, é de primordial importância que o critério 4 seja estritamente cumprido. A preparação dos doentes é a pedra basilar para uma boa aderência ao tratamento.

- CRITÉRIOS PARA INICIAR O TARV NA CRIANÇA:**A. CRITÉRIOS CLÍNICOS:****(i) Em menores de 12 meses****➤ Iniciar o TARV**

- Em todas as crianças que tenham sintomatologia grau C (CDC) ou grau III (OMS), e/ou
- Em todas as crianças com contagem CD4 <20%,
- Carga viral persistentemente >6 log.

➤ Considerar o TARV

- Em todas as crianças com sintomatologia grau B (CDC) independentemente da categoria imunológica.

(ii) Em maiores de 12 meses**➤ Iniciar o TARV**

- Em todas as crianças que tenham sintomatologia grau C (CDC) ou grau III (OMS), e/ou
- Em todas as crianças com contagem CD4 <15%,

➤ Considerar o TARV

- Em todas as crianças com sintomatologia grau B (CDC), e/ou
- Contagem CD4 <20%,
- Carga viral persistentemente >5 log.

Nos casos onde não há possibilidade de avaliar a contagem de CD4 e carga viral, ou classificar correctamente segundo a classificação do CDC, utilizar-se-ão os seguintes critérios:

➤ Criança com menos de 18 meses

- Teste rápido positivo e sintomatologia graus I e II da OMS – **NÃO TRATAR**
- Teste rápido positivo e sintomatologia graus III da OMS – **INICIAR O TARV**

➤ Criança com mais de 18 meses

- Teste rápido positivo e sintomatologia graus II e III da OMS – **INICIAR O TARV**

B. CRITÉRIOS SOCIAIS

- Utentes regulares da consulta de SIDA pediátrico ou HDD pediátrico;
- Crianças com um mínimo de 4 consultas;
- Crianças cujos responsáveis cumpram com a profilaxia regular pelo Cotrimoxazol;
- Crianças cujo responsável foi capaz de compreender e administrar a medicação proposta.

V.2.9. BIOSSEGURANÇA

OBJECTIVOS:

1. Promover e assegurar um ambiente de trabalho seguro, onde os utilizadores dos serviços de saúde e os trabalhadores de saúde exerçam as suas funções sem risco de infecções do HIV e de outras doenças infecciosas, através do cumprimento de medidas de biossegurança e de protecção adequadas.
2. Melhorar a capacidade institucional no apetrechamento (reposição do equipamento e de material médico-cirúrgico incluindo os consumíveis descartáveis).

Objectivo específico 1: Aumentar o conhecimento e melhorar as práticas dos trabalhadores de saúde na área de biossegurança.

Estratégia:

- Treinar todos os trabalhadores de saúde em normas e medidas de biossegurança, de acordo com os manuais existentes e priorizando os envolvidos em actividades de esterilização²⁰.

Objectivo específico 2: Diminuir o risco de transmissão do HIV SIDA através das injeções

Estratégias: (ATENÇÃO AO SEGUNDO BULLET)

- Reduzir a prescrição de injectáveis apenas para os casos imprescindíveis;
- Garantir a utilização correcta de seringas descartáveis em todos os locais onde existam;
- Reforçar o uso de seringas auto-destrutíveis no PAV;
- Assegurar a existência do equipamento para a destruição do lixo hospitalar.

Objectivo específico 3: Diminuir o risco de infecção por HIV em casos de acidentes de trabalho.

Estratégias:

- Divulgar em todas as US, informação sobre as medidas a tomar e tratamento profiláctico aos trabalhadores de saúde, na eventualidade dum acidente de trabalho.
- Garantir a todos os trabalhadores o acesso ao tratamento profiláctico em caso de acidente de trabalho.

Objectivo específico 4: Melhorar a reposição do equipamento necessário para a biossegurança.

Estratégias:

²⁰ Manual de limpeza assepsia e esterilização, MISAU 2003
Manuais de formação ``Prevenção das Infecções``, MISAU, 2003

- Melhorar a rede de esterilização do SNS, através da colocação de equipamento operacional.
- Melhorar as condições de trabalho e fornecimento de equipamento ao sector da saúde oral.
- Melhorar o apetrechamento e equipamento de laboratório e o fornecimento de consumíveis (vidraria e descartáveis).

Objectivo específico 5: Melhorar o fornecimento e a gestão de materiais e consumíveis para garantir a segurança de práticas médicas invasivas.

Estratégias:

- Capacitar os trabalhadores de saúde na planificação e requisição atempada das necessidades.
- Melhorar a gestão do material médico-cirúrgico (stock e distribuição) em todos os níveis.
- Melhorar a coordenação entre os vários departamentos do MISAU e garanti a aquisição adequada e harmonizada de equipamento e material médico-cirúrgico.

Objectivo específico 6: Melhorar a monitorização e avaliação do cumprimento de medidas de biossegurança e protecção adequada dos trabalhadores, bem como dos utilizadores do SNS.

Estratégias:

- Reforçar a supervisão para assegurar o seguimento das normas de biossegurança definidas, bem como a segurança dos procedimentos invasivos.
- Aumentar a capacidade do pessoal nos níveis provincial e distrital, como forma de participarem na supervisão e monitorização.

V.2.10. TRANSUSÃO SEGURA DE SANGUE

OBJECTIVO: Contribuir para a melhoria da saúde da população em geral, das mulheres e crianças em particular, através de fornecimento de sangue de qualidade segura, em quantidade adequada às necessidades das US do país.

Objectivo específico 1: Reforçar a coordenação e gestão qualitativa do Programa Nacional de Transfusão de Sangue.

Estratégias:

- Reforçar o sistema de coordenação e gestão do Programa Nacional de Transfusão de Sangue, em conformidade com as recomendações da OMS.
- Promover a implementação da legislação sobre o sector de sangue.
- Expandir a utilização de sangue através da implementação gradual da rede semi-centralizada dos bancos de sangue.
- Introduzir gradualmente o sistema informático de gestão dos bancos de sangue em rede a nível nacional.
- Melhorar a qualidade em todos os processos envolvidos no banco de sangue.

- Reforçar as principais áreas técnicas (coordenação e gestão qualitativa, mobilização e recolha de sangue, laboratório, utilização clínica, formação contínua e investigação) com recursos humanos qualificados e competentes.
- Reforçar a supervisão, apoio técnico e a formação contínua aos trabalhadores afectos ao programa.

Objectivo específico 2: Promover a mobilização e recolha de sangue de qualidade segura.

Estratégias:

- Promover a mobilização e doação de sangue proveniente de populações de baixo risco de transmissão de doenças pelo sangue.
- Melhorar a selecção de dadores de sangue de baixo risco de transmissão de doenças pelo sangue.
- Melhorar os serviços e formas de atendimento aos doadores de sangue.
- Promover a formação de associações de dadores de sangue e de outras organizações interessadas.
- Promover o reconhecimento especial de dadores de sangue exemplares.

Objectivo específico 3: Garantir o processamento, testagem laboratorial e conservação apropriada do sangue doado.

Estratégias:

- Garantir a testagem para o HIV e outras doenças transmissíveis de todo o sangue doado.
- Actualizar os procedimentos técnicos e modernizá-los.
- Introduzir o sistema de controle de qualidade interno e externo.

Objectivo específico 4: Promover a utilização judiciosa do sangue e seus componentes.

Estratégias:

- Promover a utilização clínica apropriada de sangue.
- Recolher dados estatísticos sobre a utilização do sangue.
- Promover a criação de comités hospitalares de transfusão de sangue.
- Introduzir o sistema de hemovigilância.

Objectivo específico 5: Assegurar a formação contínua e investigação aplicada ao sector de sangue.

Estratégias:

- Promover a formação em trabalho através de cursos de curta duração.
- Participar na formação clássica no Instituto de Ciências de Saúde de Maputo e nas Faculdades de Medicina e ciências (Departamento de Biologia) da Universidade Eduardo Mondlane.

- Promover investigações aplicadas como forma de divulgação e promoção do sector e de modo a facilitar a tomada de decisões para a melhoria baseadas em evidencias científicas.

V.2.11. SERVIÇOS AMIGOS DO ADOLESCENTE E JOVEM

OBJECTIVOS:

1. Melhorar o nível de informação e conhecimento na prevenção dos principais problemas de saúde dos adolescentes.
2. Oferecer serviços de informação, aconselhamento e clínicos para os adolescentes e jovens na esfera de saúde sexual e reprodutiva (SSR/ITS/HIV/SIDA).
3. Facilitar a referência dos adolescentes a outros serviços técnicos mais especializados, como, SAAJ mais especializados; serviços de ATV, caso estes não existam no SAAJ; serviços de ligação com a rede de cantos de jovens, nas escolas e comunidades, dentro de programas de base escolar e comunitária; e também para outras redes de saúde ou sociais, em função das necessidades dos adolescentes.

Objectivo específico 1: Aumentar o acesso aos serviços clínicos e de aconselhamento em SSR/HIV/SIDA para adolescentes e jovens, junto aos serviços de saúde existentes nos níveis provincial e distrital.

Estratégias:

- Oferecer um pacote compreensivo e gratuito de serviços de SSR, especialmente dirigido à camada de adolescentes e jovens, incluindo aconselhamento, contracepção, cuidados pós-aborto, promoção de sexo seguro e do uso do preservativo, diagnóstico e tratamento das ITS e/ou ATV.
- Integrar os serviços de ATV dentro da gama de serviços prestados ao adolescente e jovem ou garantir mecanismos de referência para atendimento nos GATV.
- Manter a qualidade dos serviços, incluindo a questão da privacidade e confidencialidade.
- Garantir referência e/ou ligação institucional para os serviços de HDD, PTV, TARV e CD, imediatamente após o diagnóstico, oferecendo serviços sem custos.
- Considerar o adolescente como grupo com necessidades particulares, combatendo a estigmatização.
- Ampliar o horário de atendimento nos SAAJ respondendo à demanda e melhorar as oportunidades de acesso através de um reforço dos recursos humanos.

Objectivo específico 2: Fortalecer a capacidade técnica e institucional para o planeamento, implementação, monitoria e avaliação de programas e actividades de SSR/HIV/SIDA para adolescentes e jovens.

Estratégias:

- Treinar gradualmente todos os provedores dos SAAJ na área de ATV e assegurar a monitoria dos provedores formados.
- Treinar gradualmente todos os conselheiros dos GATV em SSR/HIV/SIDA e assegurar a monitoria dos provedores formados.
- Treinar gradativamente todos os provedores dos SAAJ em informação, aconselhamento, diagnóstico, tratamento e manejo sindrómico das ITS.
- Garantir e monitorar o fornecimento adequado de testes e materiais.

- Manter o seguimento do adolescente HIV+ no SAAJ garantindo apoio psicológico mais especializado e fortalecendo as redes de apoio em fase precoce do diagnóstico para os CD.
- Reforçar os recursos humanos nas áreas de planeamento, monitoria e avaliação, principalmente nos níveis central, provincial e distrital.

Objectivo específico 3: Utilizar os SAAJ na expansão de alguns serviços especializados do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

Estratégias:

- Testar a integração de alguns serviços especializados do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, como o tratamento de IO, TARV e PTV, em alguns SAAJ pilotos seleccionados.
- Monitorizar e fazer recomendações pregressivas sobre a expansão desta iniciativa piloto, tendo como base as lições apreendidas.
- Assegurar que estas iniciativas de expansão estejam harmonizadas, não só com as próprias estratégias, normas e procedimentos das outras componentes, mas que estejam igualmente de acordo com o quadro institucional.

V.2.12. SAÚDE MENTAL

OBJECTIVO: Reduzir a morbilidade causada pelo aparecimento de transtornos mentais, neurológicos e psicossociais nos indivíduos infectados e afectados pelo HIV/SIDA.

Objectivo específico 1: Prestar aconselhamento e apoio psicológico a indivíduos infectados e afectados por HIV/SIDA, diagnosticar, referenciar e tratar transtornos mentais e de comportamento associados ao HIV/SIDA.

Estratégias:

- Avaliar as necessidades dos serviços de especialidade para providenciar atendimento psicológico e psiquiátrico aos utentes infectados e afectados pelo HIV/SIDA e criar fluxos de referência entre os serviços de saúde em geral e os serviços de saúde mental.
- Integrar a componente de aconselhamento na formação inicial dos profissionais de saúde de nível elementar, básico e médio.
- Referenciar para os serviços de especialidade os utentes com necessidades especiais no âmbito da saúde mental.

Objectivos específico 2: Aumentar e melhorar a capacidade de atendimento aos indivíduos com TMC associados ao HIV/SIDA.

Estratégia:

- Capacitar todos os profissionais de saúde mental inseridos no SNS no âmbito do atendimento aos utentes infectados ou afectados por HIV/SIDA.

Objectivo específico 3: Prevenir o desgaste psicológico nos provedores de cuidados (em particular os conselheiros dos GATV) e nos indivíduos infectados e afectados pelo HIV/SIDA.

Estratégia:

- Envolver os psicólogos em cada província na promoção de actividades de apoio psicológico dirigidas à prevenção do desgaste psicológico nos provedores de cuidados de cada RI.

Objectivo específico 4: Reforçar o vínculo médico-doente através de um maior suporte às necessidades psicossociais dos utentes dos SNS.

Estratégia:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do aconselhamento como instrumento de promoção da adesão ao tratamento.

Objectivo específico 5: Prevenir a transmissão vertical do HIV/SIDA e dar resposta às necessidades psicossociais das mães e crianças infectadas.

Estratégia:

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do aconselhamento como instrumento de prevenção da transmissão vertical do HIV.

V.2.13. INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA

O MISAU desenvolveu a proposta de Estratégia de Envolvimento Comunitário para orientar acções concernentes ao envolvimento e participação da comunidade na prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade. Este documento está em vias de aprovação.

A Intervenção comunitária revela-se fundamental dentro do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, devido às seguintes razões:

- Reduzir a sobrecarga intra-hospitalar.
- Fazer o depósito precoce da TB.
- Promover a utilização dos GATV.
- Desenvolver todas as actividades ligadas à IEC
- Melhorar a aderência ao tratamento (DOTS²¹, TARV)
- Promover actividades de PTV nas RI.

Dada à existência de uma definição clara do papel e responsabilidades do MISAU nas intervenções na área da saúde ao nível da comunidade, há a destacar os seguintes objectivos:

OBJECTIVO:

²¹ O Plano Quinquenal de TB e lepra elaborado em Março 2003 preconiza o desenvolvimento de actividades extra-hospitalar (DOTS) para aumentar a aderência ao tratamento

1. Fortalecer as capacidades individuais e de grupos para a identificação e análise de problemas de saúde e desenvolvimento, tomada de decisões sobre os mesmos.
2. Desenhar planos de acção, mobilizar recursos, gerir, monitorar e avaliar a implementação destes em colaboração com o SNS e outros parceiros, com vista a melhoria da saúde da população na área de prevenção e tratamento de ITS/HIV/SIDA.

Objectivos específico 1: Fortalecer a capacidade institucional do SNS para apoiar o desenvolvimento das comunidades.

Estratégias:

- Promover parcerias entre actores do envolvimento comunitário.
- Capacitar os trabalhadores da saúde e das ONG.
- Mobilizar recursos para a implementação da estratégia de envolvimento comunitário na área de prevenção e tratamento de ITS/HIV/SIDA.

Objectivo específico 2: Fortalecer as capacidades da comunidade.

Estratégias:

- Promover a organização das comunidades em estruturas de base comunitária e sua capacitação para assegurar a ligação entre a prestação dos cuidados de saúde ao nível da comunidade e US.
- Capacitar as comunidades para a realização de actividades de promoção e defesa da sua saúde em termos de prevenção e cuidados das ITS/HIV/SIDA.

Objectivo específico 3: Assegurar a continuidade e ligação entre a prestação de cuidados de saúde ao nível das US e actividades ao nível da comunidade.

Estratégias:

- Garantir o envolvimento da comunidade na prestação de CD a doentes crónicos e a PVHS.
- Participar na escolha e treino de voluntários, ou seja, dos Agentes Comunitários de Saúde das aldeias (ACS): Agentes Polivalentes Elementares (APE), Parteiras Tradicionais (PT), Praticantes de Medicina Tradicional e outro tipo de ACS, tais como, socorristas, activistas.
- Promover o uso do preservativo e outros métodos de prevenção das ITS/HIV/SIDA.
- Identificar e promover a modificação de aspectos culturais que interferem na prevenção das ITS/HIV/SIDA.
- Prestar CD aos doentes com HIV/SIDA ou outras doenças crónicas.
- Apoiar aos órfãos e viúvas e outros familiares de vítimas de HIV/SIDA.

Objectivo Especifico 4: Coordenar as iniciativas ao nível da comunidade, entre as diferentes componentes e programas do MISAU, incluindo as componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector de saúde.

Estratégia:

- Constituir de um Grupo de Trabalho multisectorial.

V.2.14. NUTRIÇÃO

Os doentes com SIDA, estejam eles em tratamento ou não, têm requerimentos nutricionais mais elevados que as pessoas saudas e doentes menos debilitados. Porém, a garantia um consumo adequado de alimentos aos doentes com SIDA excede claramente o mandato do MISAU. Em muitas ocasiões, este tipo de apoio estará ligado a intervenções de CD, implementados por ONG e com uma forte componente social.

OBJECTIVO: Garantir uma nutrição adequada aos doentes com SIDA, como parte dos esforços gerais para a mitigação dos seus efeitos sobre a qualidade de vida e a sobrevivência das pessoas infectadas.

Estratégias:

- Providenciar assistência técnica às instituições que distribuem alimentos ou apoiam PVHS sobre os seus requerimentos, que variam em quantidade e qualidade, dos alimentos que são habitualmente distribuídos em intervenções comunitárias:
 - a Garantir uma nutrição adequada de acordo com as suas necessidades nutricionais.
- Garantir que os suplementos adequados de micronutrientes sejam considerados ao mesmo nível dos medicamentos para os doentes com SIDA e sejam incluídos nas prescrições.
- Providenciar informação e recomendações nutricionais adequadas às PVHS:
 - a Capacitar o pessoal de saúde sobre as orientações nutricionais;
 - b Actualizar regularmente o Guião de Orientação Nutricional para as PVHS e disseminá-lo, como parte integrante do conjunto normativo-técnico das intervenções sobre HIV/SIDA;
 - c Produzir e disseminar na comunidade, brochuras com orientação nutricional para as PVHS.
- Contribuir para que as dietas hospitalares para doentes com SIDA, respondam às exigências dos doentes com SIDA.
- Em colaboração com a PTV e saúde infantil:
 - a Garantir um serviço de aconselhamento à mãe em relação à alimentação da criança.
 - b Elaborar a Política Nacional sobre Alimentação Infantil.
 - c Sempre que possível e necessário deve-se garantir uma alimentação alternativa ao aleitamento materno, para as mães/crianças sem outras alternativas.
- Disseminar e capacitar o pessoal de saúde sobre a Política Nacional sobre Alimentação Infantil, em conjunto com a saúde infantil.

V.2.15. MEDICINA TRADICIONAL

OBJECTIVOS GERAIS:

1. Envolver com o apoio das organizações baseadas na comunidade, os Praticantes de Medicina Tradicional na educação das comunidades sobre boas práticas de saúde

ênfatizando a prevenção das doenças alvo: ITS/HIV/SIDA, TB, Malária, doenças diarreicas, IRA e outras.

2. Colaborar com os PMT de modo que estes participem activamente na mudança de comportamentos de risco das comunidades, para redução dos casos de Malária, TB, HIV/SIDA.

Objectivo específico 1: Melhorar o atendimento dos utentes.

Estratégias:

- Assegurar que os Praticantes de Medicina Tradicional sejam dotados de capacidade para atendimento aos utentes através de:
 - a formações padronizadas;
 - b desenvolvimento de materiais de IEC;
 - c colaboraao entre os dois sectores de saúde (moderno e tradicional);
 - d supervisões regulares.
- Formar os PMT em aspectos-chave relacionados com o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saude²².
- Providenciar em coordenaao com RESP, material para treino e IEC.
- Melhorar a colaboraao entre os dois sistemas de saúde assim como o sistema de referência.
- Estabelecer um sistema de controle e supervisão das actividades e posterior avaliaao.

Objectivo específico 2: Assegurar o envolvimento dos Praticantes de Medicina Tradicional nas formações em CD.

Estratégia:

- Aumentar os conhecimentos, bem como a qualidade dos Praticantes de Medicina Tradicional no atendimento às PVHS, bem como noutros problemas cronicos de saúde, através do seu envolvimento em formações de CD.

Objectivo específico 3: Identificar aspectos relevantes e conduzir pesquisas operacionais relacionados com os serviços oferecidos pelos Praticantes de Medicina Tradicional.

Estratégia:

- Desenvolver pesquisa, como parte de novas informações para estabelecimento de diagnósticos comunitários, determinaao de necessidades e resolução de problemas a nível comunitário.

V.3. OBJECTIVOS E ESTRATÉGIAS DOS SERVIÇOS DE APOIO

²² Isto inclui: modos de transmissão e de prevenção do HIV/SIDA; educaao nutricional; programas de planeamento familiar; terapia de rehidrataao oral; aconselhamento sobre sexo mais seguro com abordagem cultural; reconhecer sintomas/suspeitar/diagnosticar HIV/TB/DTS, Malária, IRA, incluindo aspectos como, tratamento de sintomas simples através de um guião padronizado e quando referir ao SNS; biossegurança; sistema de referência

V.3.1. QUADRO LEGAL E GÉNERO

V.3.1.1 Quadro legal

Na implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e à luz da Constituição da República de Moçambique em vigor²³, particular atenção será dada aos seguintes direitos humanos dos pacientes:

²³ Artigo 94 da Constituição da República do Moçambique

- Cuidados de saúde:

- Acesso a recursos financeiros necessários
- Qualidade dos cuidados médicos
- Privacidade e confidencialidade
- Consentir ou recusar os cuidados
- Ter acesso aos registros
- Procurar recurso na violação dos direitos

- Direitos específicos dos grupos:

- Os institucionalizados que compreendem crianças e jovens
- Os inválidos
- As mulheres em geral
- As mulheres grávidas
- Os idosos

- Direitos da sociedade como um todo:

- Protecção da saúde
- Informação sobre saúde
- Protecção do meio ambiente no âmbito da Saúde ambiental
- Enfoque no género

OBJECTIVO 1: Reforçar o quadro jurídico e legal no âmbito do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

Objectivo específico 1: Preencher as lacunas legais com vista à protecção do cidadão e salvaguarda dos seus direitos fundamentais, bem como, sua protecção e defesa contra a estigmatização e discriminação.

Estratégias:

- Constituir um Grupo de Trabalho multidisciplinar e multisectorial para reflexão conjunta dos pontos de vista clínico e legal e posteriormente desenhar um quadro jurídico e legal.
- Institucionalizar o quadro jurídico legal de protecção aos doentes HIV+ contra estigmatização social e o papel reservado ao pessoal clínico sobre o sigilo profissional.
- Criar e institucionalizar a parceria do MIJUS/MISAU/CNCS/ONG.s para o desenvolvimento do projecto de lei sob alçada do MIJUS.
- Identificar, através dum levantamento, a legislação em falta relacionada com a protecção e respeito pelos direitos humanos do cidadão de uma forma geral no contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. Isto inclui:
 - a. confidencialidade sobre o estado serológico das PVHS.
 - b. responsabilidade jurídica dos trabalhadores de saúde para o respeito das normas padronizadas de biossegurança²⁴.

²⁴ Outras situações não legisladas, que não são da responsabilidade do MISAU e incluem:

- Direitos da mulher e da criança
- Proibição da promoção do preservativo nas prisões
- Discriminação e estigmatização das PVHS

- Rever a regulamentação atinente ao HIV SIDA, nomeadamente o Diploma Ministerial 183-A/2001 (tomando em conta a introdução do TARV de forma massiva e gratuita) e outros instrumentos legais relacionados com a protecção e respeito pelos direitos humanos do cidadão, de uma forma geral no contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, por exemplo:
 - a. a alteração das normas terapêuticas e das normas de biossegurança.
 - b. acreditação e certificação de qualidade do testes de diagnóstico laboratoriais.
- Desenvolver e aprovar, em conjunto com o MINEC, uma Emenda ao Acordo da SADC para o sector da saúde no que concerne a elegibilidade do tratamento nas zonas fronteiriças.
- Contratar serviços ao nível internacional para prestar assistência técnica na revisão da regulamentação existente e na elaboração de nova regulamentação.

Objectivo específico 2: Prestar apoio às componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde na definição de políticas, normas e regulamentos.

Estratégias:

- Manter contactos regulares com as componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde para obter informação e dar orientações sobre as normas e regulamentação a ser desenvolvida no quadro do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. Em particular:
 - a. Estabelecer a idade mínima para os testes no GATV e enquadramento de menores;
 - b. Regulamentar o acesso gratuito aos testes laboratoriais²⁵, incluindo testes HIV nos GATV;
 - c. Rever a política sobre pagamento e recuperação dos custos (consultas, testes e medicamentos) e o acesso gratuito aos medicamentos para o tratamento ITS, tratamento das infecções oportunistas, TARV em função dos grupos (criança, jovens, mulheres);
 - d. Garantir protecção especial às mães trabalhadoras HIV* no que diz respeito à maternidade.

-
- Direitos de sucessão e propriedade sobre os bens dos órfãos
 - Descriminalização da prostituição
 - Violência sexual contra a mulher e a criança
 - Organização do apoio jurídico às PVHS

²⁵ A legislação em vigor protege (lei nº 2/77, lei nº 4/87 de 19 de Janeiro e Diploma Ministerial nº 38/87) o acesso gratuito aos testes laboratórios no contexto do tratamento do HIV/SIDA

V.3.1.2. Abordagem do género

Apesar de em Moçambique as estimativas da distribuição do HIV por sexo não demonstrarem grande diferença, os exemplos dos países onde a seroprevalência é mais elevada mostram claramente que num futuro muito próximo estas diferenças acentuar-se-ão resultando num impacto negativo com maior incidência nas mulheres.

Esta situação é o resultado de uma maior vulnerabilidade da mulher, quer física quer sociocultural principalmente no grupo etário dos 15 aos 25 anos.

A abordagem do género no PEN ITS/HIV/SIDA deve ter em conta a natureza e especificidade do sector da saúde. Não deverá este PEN ITS/HIV/SIDA tratar da problemática do género no seu todo e na sua complexidade, dado que muitos dos aspectos devem estar reflectidos em outras instituições e/ou serviços nomeadamente nos Ministérios da Mulher e da Coordenação da Acção Social, Educação e Juventude e Desportos.

Neste contexto, o PEN IST/HIV/SIDA-sector saúde vai debruçar-se somente em relação aos aspectos específicos do sector saúde enfatizando a mulher que como atrás de disse, representa o elemento mais vulnerável.

OBJECTIVO GERAL: Garantir uma assistência sanitária e de saúde em geral às jovens e mulheres em relação às ITS/HIV/SIDA.

Objectivo específico 1: Reforçar o IEC das jovens e mulheres em todas as US no que concerne às ITS/HIV/SIDA.

Estratégia:

- Em coordenação com a RESP providenciar material de educação e formação para distribuição nas Unidades Sanitárias

Objectivo específico 2: Garantir que o pessoal de saúde tenha uma atitude mais proeminente em relação ao género.

Estratégias:

- Incluir nos curriculas dos centros de formação matérias relacionadas com o género.
- Reciclar o pessoal de saúde já formado e em exercício, em matérias relacionadas com o género.

Objectivo específico 3: Garantir que o sistema de informação do PEN reflecta o género.

Estratégia:

- O sistema de informação deverá sempre que possível desagregar a informação por sexo e grupos etários mais vulneráveis à transmissão das ITS/HIV/SIDA.

Objectivo específico 4: Garantir uma atenção de saúde cuidadosa em relação à violência e abuso sexual às jovens e mulheres.

Estratégias:

- Providenciar tratamento adequado às jovens e mulheres vítimas de violência sexual no que respeita às ITS e HIV.
- Providenciar que em todos os serviços de urgência existam MARV para o tratamento profiláctico pós-exposição ao HIV.

V.3.2. PLANIFICAÇÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL**OBJECTIVO 1: Integrar o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde no ciclo regular de planificação.****Estratégias:**

- Incluir nas actualizações do cenário de despesas de médio prazo realizadas ao nível central, os custos para a implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, de forma que o MISAU e os parceiros possam tomar decisões sobre a alocação de fundos por um período multi-anual.
- Integrar as actividades de todas as componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde no Plano Operacional Anual do MISAU. O Plano Operacional do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde será elaborado pelo o Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde²⁶.
- Assegurar a nível provincial, a harmonia entre os princípios orientadores e as estratégias do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e o Plano Estratégico Provincial (ou plano de médio prazo equivalente nas províncias que ainda não tenham produzido o seu plano estratégico).
- Incluir as actividades do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde ao nível da província, nos planos provinciais anuais.
- Assegurar e providenciar o apoio necessário, para que as DPS e DDS planifiquem e giram as RI, desde a colocação do pessoal até a recolha e análise dos dados das actividades realizadas.
- Alocar os recursos às províncias para a implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, através de um processo de negociação entre o nível central e provincial, durante o ciclo de planificação e orçamentação.

OBJECTIVO 2: Rever os planos existentes tomando em conta as implicações do impacto da epidemia e das intervenções de combate.**Estratégias:**

- Rever os planos de investimento, pelo menos d região centro do país (incluindo a Província de Gaza, a mais afectada a curto e médio prazo)²⁷, tendo como base critérios de eficácia e equidade. Os planos revistos tomarão em conta o modelo de rede

²⁶ (Grupo inter-departamental formada por todos os departamentos com competências na execução (DEE, DAM, DSC, DF, Recursos Humanos, DIS, etc.). Ver as estrutura de gestão – capítulo VI.

²⁷ As projecções de carga de trabalho derivadas das estimativas de prevalência utilizadas para a elaboração do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde têm claras implicações sobre o tipo, tamanho, e distribuição da rede sanitária. Na altura da elaboração do Plano de Investimento Sectorial (PIS) estes aspectos não podiam nem foram totalmente considerados.

sanitária mais conveniente para o futuro, incluindo no desenho as actividades de combate ao HIV/SIDA²⁸.

- A implementação das intervenções desenhadas no PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde exige a alocação de avultados recursos a este programa o que, de certa forma, modifica a ordem de prioridades em função da qual, muitos planos foram elaborados. Por exemplo, o plano de desenvolvimento de recursos humanos, ou o desenvolvimento do sector dos laboratórios, mudam substancialmente com a implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. Os planos existentes deverão ser revistos e novos planos produzidos que, não estando incluídos no PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, são uma consequência do mesmo.

OBJECTIVO 3: Planificar e assegurar o reforço da capacidade institucional

Estratégias:

- Apoiar o MISAU na elaboração e implementação de estruturas de gestão funcionais e adequadas, ao nível central e provincial, com vista à operacionalização do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. A gestão e o volume previsto dos novos serviços obrigam a criar novas posições. Em particular, os sectores de apoio (farmácia, aprovisionamento, planificação, gestão, monitoria e avaliação) serão reforçados para enfrentar a carga de trabalho adicional.
- Dotar o MISAU com capacidade e habilidade necessárias para a gestão de serviços prestados por ONGs em regime de contracto. Adicionalmente, estes aspectos exigem uma revisão do Plano de Desenvolvimento Institucional do MISAU para dimensionar uma combinação adequada de capacidades distribuída por departamentos e agências.
- Da mesma maneira, reforçar a capacidade provincial, avaliando as necessidades de cada departamento, e projectando o tipo de reforço a proporcionar; o desenvolvimento deverá evitar sempre que possível os critérios de simetria²⁹, considerando sempre as grandes diferenças de prevalência e carga de trabalho potencial entre províncias e regiões do país.

OBJECTIVO 4: Assegurar a liderança na gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

Estratégias:

- Criar uma comissão interdepartamental para a avaliação da implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde (Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde³⁰) nos níveis central e provincial, que estabelecerá o grau de desempenho de cada componente e serviços de apoio, bem como o impacto sobre os restantes programas e serviços. Esta análise será o primeiro passo para re-alimentar o processo de

²⁸ Duma forma simplificada, pode-se escolher entre um modelo de US mais "sofisticado", incorporando melhorias tecnológicas no laboratório, por exemplo, que seria caracterizado por menor capacidade hoteleira e maior qualidade de atendimento. No extremo oposto estão US com maior capacidade hoteleira e menor capacidade para resolver problemas complexos e agudos, que actualmente caracteriza a totalidade da rede rural e uma parte importante da urbana. Entre as considerações a tomar em conta está o tipo de "serviço SIDA" a ser oferecido: o TARV implica mudanças que, teoricamente, permitem também tratar outras doenças como diabetes ou cardiopatias que actualmente ficam além das possibilidades mesmo de HP. O tratamento das infecções oportunistas, por outro lado, pode ser feito com o nível de desenvolvimento tecnológico actual (basicamente mini-laboratório) mas precisa maior capacidade de internamento. Outro aspecto a considerar é o perfil epidemiológico - até, do SIDA - projectado para o futuro.

²⁹ Do estilo "dois técnicos para gestão do TARV em cada DPS", por exemplo

³⁰ Ver a composição deste grupo no capítulo VI – Estrutura de Gestão

planificação. O Grupo de Gestão produzirá uma proposta de plano operacional anual do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, na base dos planos operacionais anuais de cada uma das suas componentes, que será posteriormente submetido ao Comité de Gestão Financeira para aprovação, que tomará em conta a globalidade das prioridades do sector e a disponibilidade de recursos. O Grupo de Gestão do nível central, será responsável pela harmonização, monitorização e avaliação dos planos de expansão dos serviços especializados e, a consequente dotação de recursos produzidos pelas províncias, com critérios de eficiência e equidade.

- Assegurar a disseminação da informação e das decisões tomadas através do trabalho do Grupo Técnico de Planificação e da contratação dum secretariado permanente para o Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

V.3.3. RECURSOS HUMANOS

Os recursos humanos são provavelmente a limitação mais importante para a implementação do plano. Contudo, uma abordagem desta problemática que vise unicamente o preenchimento das vagas determinadas pela abertura das RI, sem considerar o impacto do SIDA nos serviços e na própria força de trabalho do MISAU ou sem integrar as necessidades na perspectiva do plano global de desenvolvimento do pessoal, seria insuficiente. As intervenções de combate ao HIV/SIDA têm implicações quer sobre a gestão do pessoal como sobre a formação de quadros, inicial e contínua.

V.3.2.1. Formação do Pessoal

- Papel do Departamento de Formação dentro do contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

O papel do Departamento de Formação consiste em integrar as necessidades gerais dos serviços de saúde (a partir do PDRH 2001-2010 e suas actualizações), com as necessidades causadas pelo impacto do SIDA através das estratégias aprovadas pelo MISAU, a fim de conter a epidemia e promover o TARV. Em termos práticos, isto significa uma boa planificação dos cursos, de forma a explorar eficientemente os recursos a disposição no sistema: infra-estruturas da rede de formação, pessoal docente e fundos pelas diferentes fontes. Por outro lado, o Departamento de Formação deverá melhorar a qualidade da formação, aproveitando dos recursos externos (assistência técnica), tornando os currícula dos cursos actualizados e eficazes, promovendo a formação em trabalho dos professores e facilitando a disponibilidade atempada dos financiamentos às instituições de formação, que funcionam como os verdadeiros centros de custo do sistema de formação.

- Papel do Departamento de Formação (através da Repartição de Bolsas e Formação Contínua)

O Departamento de Formação coordenará:

- a. As actividades de formação contínua nas diferentes áreas (através do Comité).
- b. A produção de material educativo apropriado.
- c. O apoio técnico às repartições provinciais na planificação, orçamentação, actuação e avaliação da formação em trabalho, bem como assistência às áreas não apoiadas pelos programas verticais.
- d. A monitorização e supervisão das actividades de formação contínua realizadas nas províncias
- e. A planificação a curto prazo e implementação do plano geral de formação de médicos e

técnicos superiores para áreas de especialização relevantes.

OBJECTIVO 1: Assegurar pessoal de saúde em quantidade e qualidade suficiente, para responder às necessidades e exigências do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

Objectivo específico 1: Aumentar a formação de base e a qualidade oferecida, a partir do PDRH 2001-2010 e das suas revisões³¹.

A operacionalidade do sector de formação inicial, após uma década de recuperação e ampliação das infra-estruturas e melhoria do corpo docente, é basicamente adequada, sempre que o sistema aproveite eficientemente de todos os recursos disponíveis. Os maiores constrangimentos são a discontinuidade e atraso com os financiamentos, que põem em risco os planos e provocam crises de liquidez nas instituições de formação, os verdadeiros centros de custo do sector. Um reforço com assistência técnica do corpo docente é também necessário para melhoria da qualidade técnica dos cursos.

Estratégias:

- Dar continuidade ao reforço da rede instituições de formação: abertura do Instituto Superior de Ciências de Saúde (ISCISA); construção de uma nova instituições de formação na Cidade de Maputo (Infulene); consolidação nas instituições de formação nas capitais províncias e abertura de Centros de Formação ligados a grandes HR.
- Reforçar as instituições de formação com técnicos superiores, como forma de melhorar a qualidade da formação oferecida.
- Monitorar e actualizar o PDRH, considerando, em particular a:
 - a. formação de médicos, médicos especialistas e técnicos médios especializados aumentando os lugares de formação e locais de estágios no país e estrangeiro.³²
 - b. atracção para o sector privado e a conseqüente perda de profissionais de saúde (em particular, na área de farmácia, laboratório, enfermagem e medicina), para o sector público.
 - c. formação de profissionais dentro de carreiras “não globalizadas”, a fim de evitar a emigração de quadros (por ex. enfermeiros básicos, técnicos de medicina e medicina preventiva, quadros básicos em geral).
 - d. revisão dos curricula considerando as estratégias e problemáticas do PEN ITS/HIV/ SIDA-sector saúde.

Metas da formação inicial:

1. Pelo menos 1.250 novos profissionais de saúde, especialmente enfermeiros, técnicos de medicina, farmácia e laboratório deverão ser treinados no período 2003-08, para dotar as RI com as equipas necessárias.
2. Pelo menos 750 profissionais deverão ser treinados no mesmo período para substituir as perdas na força de trabalho devidas ao SIDA.

³¹ Iniciativas foram ocorrendo depois da finalização do PDRH 2001-2010 e incluem: MAP, GFATM e FBC

³² Por decisão do Ministro as Saúde, será preparado nas próximas semanas um plano de formação nestas áreas.

3. Cerca de 3.250 funcionários deverão trabalhar no sistema de saúde acima do previsto pelo PDRH 2001-2010 (uma estimativa conservadora tomando em conta o volume de trabalho projectado pelo PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde).

Objectivo específico 2: Dispor de uma força de trabalho com conhecimento e competência adequados em relação à prevenção e ao tratamento de pacientes com SIDA.

Estratégias:

- Implementar o Plano de Formação Contínua relacionado com o SIDA, tendo com base PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e definindo prioridades por categorias, actividades desenvolvidas e áreas geográficas³³:
 - a Operacionalizar o "Comité de coordenação Inter-sectorial de formação continua sobre o SIDA", no MISAU e nas DPS, que integrará pessoal técnico do DF/Repartição de Formação Contínua e elementos de diferentes áreas técnicas (transmissão vertical e SIDA pediátrico, clínica, enfermagem, laboratório, aconselhamento, farmácia).
 - b Formar e informar os funcionários do MISAU sobre o SIDA, com ênfase sobre prevenção, normas de biossegurança, risco profissional e procedimentos e direitos dos trabalhadores em caso de exposição acidental nos lugares de trabalho.
 - c Formar todos os profissionais de saúde sobre o SIDA, considerando a sua área de trabalho (clínica, enfermagem, farmácia, laboratório etc.).
 - d Fazer formação acelerada e especializada dos profissionais que trabalham e/ou trabalharão directamente nas actividades de atendimento a doentes com HIV/SIDA.
- Decentralizar as actividades de formação contínua nas Províncias e Distritos, utilizando o Fundo Comum Provincial, como mecanismo de canalização dos fundos.
- Promover mecanismos de parceria não lucrativa com o sector privado, com vista à formação contínua do pessoal de saúde.
- Capacitar as Repartições Provinciais de Formação Contínua na planificação, gestão, avaliação e coordenação das actividades, bem como reforçá-las com o pessoal técnico, de modo a que possam enfrentar a avultada carga de trabalho inerente à implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Integrar numa estratégia comum, as iniciativas existentes (FNUAP, União Europeia, entre outros) que visam o reforço e a capacitação das instituições de formação das Repartições Provinciais de Formação Contínua.
- Ligar, sempre que for possível, os resultados da supervisão e avaliação dos profissionais de saúde (tarefas das DPS e outros Órgãos de Direcção) à formação contínua.

Metas da formação contínua:

1. Cerca de 18.000 funcionários MISAU em actividade deverão receber formação sobre os conhecimentos básicos de prevenção e auto-protecção em relação ao SIDA.
2. Todos os profissionais do SNS (cerca de 10.000) deverão ter competência sobre o SIDA, segundo a sua área de trabalho e categoria do profissional, nomeadamente, diagnóstico clínico e despiste dos doentes; tratamento das infecções oportunistas; IEC,

³³ Plano de Formação Contínua sobre a SIDA, MISAU, DRH/DF 2002.

princípios de enfermagem e biossegurança, para o tratamento das infecções oportunistas e TARV, conjunto de análises laboratoriais).

3. Cerca de 1.250 profissionais de saúde afectos às RI e serviços de apoio deverão receber formação sobre as suas áreas específicas de trabalho.

V.3.2.2. Gestão, colocação e contratação do pessoal

Papel da DRH, Departamentos de Gestão e Planificação dentro do contexto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

- Melhorar a gestão do pessoal promovendo iniciativas que incrementem a qualidade da vida dos profissionais em serviço, bem como, uma política salarial realista e satisfatória.
- Planificar eficientemente o crescimento do pessoal, tomando em conta, as necessidades gerais dos serviços, o plano de actividades do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, os limites orçamentais determinados pelo Governo, bem como, o equilíbrio com os outros capítulos de despesa da saúde.
- Melhorar a informação e promover critérios de gestão e colocação eficientes do pessoal nas US.
- Operacionalizar a política de descentralização em relação aos recursos humanos, desconcentrando parte das responsabilidades de planificação e gestão às Províncias e promovendo a colaboração com ONG, através da elaboração de uma normativa adequada.

OBJECTIVO 1: Permitir o início rápido do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde conforme o programa e cronograma estabelecidos.

Estratégia:

- Contratar técnicos estrangeiros a curto e médio prazo para preencher as lacunas existentes no sistema (100 elementos de nível superior, na sua esmagadora maioria, médicos³⁴).

OBJECTIVO 2: Gerir com eficiência o pessoal de saúde.

Estratégias:

- Operacionalizar o Sistema de Informação do Pessoal (SIP) e integrá-lo no SIS.
- Monitorizar as perdas de profissionais de saúde devidas ao SIDA, de acordo com a prevalência HIV entre a força de trabalho e a possibilidade de introdução do TARV para o pessoal de saúde (as perdas foram projectadas em 150 profissionais de saúde por ano no PDRH 2001-10, uma estimativa congruente com as perdas de RH encontradas em outros países da região; até ao momento não existem evidência para se modificar a previsão)³⁵.
- Elaborar e aplicar princípios de colocação do pessoal no SNS racionais e transparentes, a partir da classificação de US, conforme o Diploma Ministerial 127 de 2002 e com base em critérios de produtividade.
- Criar condições, conjuntamente com a DNS/DAM e as DPS, para que a supervisão efectuada seja sistemática e competente, permitindo que os supervisores e gestores identifiquem os trabalhadores a premiar.
- Aplicar uma política de incentivos, em termos financeiros, para progressão, colocação e "fixação" por área geográfica, ligados ao desempenho e à produtividade.³⁶

³⁴ PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde 2004-2008 DRH. Plano Operacional 01/10/2003-31/12/2004, Doc. Interno do MISAU, 2003.

³⁵ Está em curso um estudo que deveria proporcionar dados mais completos e precisos

³⁶ Assistência Técnica e Incentivos para o pessoal de saúde: análise das propostas e cálculo de custos, MISAU, DRH, 2002

- Utilizar os meios financeiros provenientes da cooperação na promoção de uma política salarial que seja sustentável e que dignifique o trabalho dos profissionais da saúde (por ex., através do subsídio de almoço)³⁷.
- Reprimir efectivamente as infracções e ilegalidades.
- Promover mecanismos de colaboração com o sector privado não lucrativo, na contratação de pessoal da saúde envolvido em actividades de interesse comum (em particular, as RI).

V.3.2.3 Protecção dos trabalhadores de saúde

OBJECTIVO: Reduzir a vulnerabilidade dos trabalhadores de saúde às infecções acidentais e o impacto da doença sobre o estado de saúde e psicossocial dos mesmos.

Estratégias:

- Elaboração dum documento de política desenvolvendo os direitos e deveres dos trabalhadores e do MISAU³⁸:
 - a. Diante de uma pessoa com suspeita de infecção, incluindo abordagem de género, redução do estigma;
 - b. Frente a infecções acidentais em local de trabalho, incluindo direito a tratamento profilático;
 - c. Frente a infecções onde a fonte não seja especificada: direito ao TARV, CD apoio para à família;
 - d. Considerações sobre a caracterização da infecção por HIV como uma doença profissional e sua implicação sobre o subsídio de risco.

V.3.4. MONITORIA E AVALIAÇÃO E VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

O PESS propõe a integração gradual dos subsistemas de informação desenvolvidos nos departamentos e dos sistemas de gestão de recursos humanos e financeiros, bem como, a consolidação dos subsistemas existentes para a micro-gestão departamental assegurando a necessária harmonia e articulação com o SIS. Entretanto, os diferentes subsistemas têm sido desenvolvidos em função das necessidades imediatas (epidemiologia, farmácia) e da integração em outros sistemas do sector público (SIP, SISTAFE). A prioridade a curto e médio prazos é que todos os subsistemas alimentem o SIS ao nível mais periférico possível.

As componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde não funcionam isoladamente, mas sim, integradas no sistema público de prestação de serviços. Algumas informações relevantes devem alimentar o fluxo geral do SIS. Este é utilizado aos diferentes níveis de planificação e gestão (distrito, província, nível central) para a tomada de decisões de alocação de recursos. Serão também incluídos dados sobre recursos utilizados por serviços de apoio, como farmácia, laboratório, etc. A versão actual do SIS não permite capturar a informação relevante sobre o HIV/SIDA, nem incluir algumas das novas actividades no sistema vigente. Coincidindo com a revisão e introdução do novo SIS, uma colecção completa de instrumentos de recolha e notificação será ser produzida.

³⁷ Proposta de critérios de atribuição do subsídio de almoço. MISAU, DRH/GD 2003.

³⁸ Revisão e actualização do Guião para a prevenção dos profissionais de saúde sobre acidentes por exposição ao HIV, MISAU, 2002

V.3.4.1 Monitoria e avaliação

OBJECTIVO: Desenhar e implementar um conjunto de instrumentos, indicadores e fluxos informativos que permita:

1. **Confirmar as estimativas de incidência/prevalência do HIV.**
2. **Avaliar o desempenho das diferentes componentes, em termos de cobertura, eficiência e qualidade.**
3. **Auxiliar o processo de planificação tomada de decisões sobre alocação e redistribuição de recursos, dentro do sector e dentro do programa.**

Objectivo específico 1: Definir os aspectos institucionais ligados à monitoria e avaliação.

Estratégias:

- Definir o papel e responsabilidade dos Departamentos envolvidos na recolha, análise, uso e disseminação da informação a todos os níveis.
- Criar uma unidade de monitoria e avaliação, parte integrante do Gabinete de Epidemiologia que compile dados das diferentes componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde (GATV, PTV, tratamento, CD, SAAJ, nutrição, IEC, etc.) na vertente epidemiológica (perfil da epidemia, descrição dos utilizadores dos serviços, efeito das intervenções nos beneficiários) e de gestão (actividades realizadas, recursos utilizados). Inicialmente dedicada a ITS/HIV/SIDA, a unidade incorporará progressivamente toda a informação epidemiológica do Departamento.
- Criar mecanismos para que a informação gerada pelas diferentes componentes dum RI seja periodicamente partilhada entre os gestores do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde do distrito ou da área por esta coberta.
- Criar mecanismos para que a informação gerada pelas diferentes componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde seja periodicamente partilhada entre os diferentes gestores do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, ao nível distrital, provincial e central.
- Reforçar e operacionalizar o Centro de Elaboração e Integração de Dados (CEID) na DPC, que irá compilar, integrar e analisar a informação de todos os departamentos, de modo a obter-se uma visão global que permita comparações entre intervenções, programas, recursos empregados e níveis de gestão.
- Promover, através do Grupo de Trabalho de Monitoria e Avaliação do MISAU, encontros periódicos entre a Unidade de Monitoria e Avaliação do Gabinete de Epidemiologia e o CEID, para:
 - a Trocar informação sobre os avanços na área de M &A de cada componente;
 - b Monitorizar o calculo dos indicadores;
 - c Monitorizar a introdução dos instrumentos de registro, o respeito das normas de procedimentos e dos fluxos da informação;
- Coordenar as actividades com o CNCS, através da participação dos membros do Grupo de Trabalho de Monitoria e Avaliação do MISAU.

Objectivo específico 2: Reforço da capacidade institucional na monitoria e avaliação

- Realizar um levantamento para avaliar as necessidades em termos de formação e capacitação do pessoal envolvido na recolha e análise da informação ao nível central, provincial e distritos escolhidos.

- Reforçar a capacidade de análise epidemiológica ao nível central e posteriormente, nas províncias, DDS, através do reforço do pessoal e da sua capacitação utilizando quando for necessário assistência técnica.
- Reforçar a capacidade de registo, recolha, processamento e análise de dados nos níveis central, provincial, distrital e de US (especialmente nos Hospitais), através do reforço do pessoal do SIS e da sua capacitação, utilizando, quando for necessário, assistência técnica.
- Formar o pessoal existente para a utilização de tecnologia informática e o uso dos novos instrumentos de recolha de dados, nomeadamente aos níveis das DPS, DDS, HDD.
- Criar um Comité provincial para a análise da informação e assessoria ao Médico-Chefe Provincial.

Objectivo específico 3 : Desenhar e operacionalizar um sistema de recolha e notificação da informação comum para todo o sector público.

- Usar uma lista padronizada de indicadores para M&A do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, bem como, uma lista de indicadores adicionais de gestão das subcomponentes.
- Desenvolver os instrumentos para as novas componentes, em particular para o seguimento individual dos doentes em TARV.
- Rever os instrumentos existentes de todas as componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde realização das adaptações necessárias, tomando em consideração a lista padronizada de indicadores para M&A o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Definir o fluxo da informação para cada componente do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde (nível de recolha, de agregação, de análise, de disseminação).
- Recolher e consolidar a informação de todas as componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, bem como, dos serviços de apoio no âmbito da resposta à lista padronizada de indicadores para M&A o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Criar um banco de dados ao nível dos Departamentos de Informação Provinciais (DPPC) e central (DIS-DPC) que conserve os dados originais inalterados, garantindo a existência de uma fonte comum de dados, à qual se possa recorrer em caso de discrepância.
- Compatibilizar os diferentes sistemas de informação de modo a permitir uma resposta consolidada e a realização de avaliações regulares dos progressos alcançados, durante a fase transitória, poderão coexistir vários sistemas se os dados essenciais requeridos pelo MISAU forem transferidos ao PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e ao DIS num formato que permita a sua integração (Anexo III: Diagrama sobre o fluxo de informação).
- Dotar com equipamento, incluindo computadores e aplicações informáticas à medida da extensão das componentes.

V.3.4.2. Vigilância epidemiológica

Objectivos:

1. **Descrever a magnitude e as características da epidemia de HIV/SIDA, em termos de prevalência e incidência ao longo do tempo, por regiões e províncias.**
2. **Monitorizar as tendências epidemiológicas da epidemia do HIV/SIDA, das infecções oportunistas, das ITS e a sua resposta aos fármacos de uso corrente.**

3. Monitorizar as mudanças dos comportamentos sexuais e as atitudes perante as pessoas vivendo com HIV/SIDA no âmbito de desenvolver estratégias adaptadas.

Estratégias:

- Realizar rondas de Vigilância do HIV entre as mulheres grávidas nos 36 postos sentinelas, calcular as taxas ponderadas e fazer projecções das prevalências e sobre o impacto demográfico do HIV/SIDA [tarefa do Grupo Técnico Multisectorial de apoio à luta contra o HIV/SIDA em Moçambique].
- Realizar as rondas de Vigilância do HIV entre os doentes de TB, analisar os dados e fazer a retroinformação.
- Reforçar e melhorar a cobertura e a qualidade do sistema de notificação obrigatório dos casos HIV/SIDA, ITS e infecções oportunistas.
- Realizar estudos biológicos e comportamentais sobre ITS/HIV (em particular para os grupos de alto risco, e para as mulheres grávidas na população utente dos postos sentinelas) e outros inquéritos mais gerais (IDS, INJAD), incluindo estudos para avaliar a qualidade dos serviços de diagnóstico, tratamento e seguimento do HIV/SIDA, ITS e infecções oportunistas.
- Desenvolver uma metodologia uniforme para os estudos sobre mudança de comportamento, atitudes perante as PVHS e crenças sobre o HIV/SIDA.
- Realizar estudos específicos³⁹.
- Utilizar a informação gerada pela vigilância epidemiológica para definição de questões específicas a serem respondidas através dos inquéritos nacionais.
- Relacionar os dados biológicos com os comportamentais.
- Implementar o sistema de vigilância da resistência do HIV aos MARV.

V.3.5.SISTEMA DE GESTÃO FINANCEIRA**OBJECTIVO 1: Assegurar uma gestão global das fontes disponíveis de financiamento do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.**

Objectivo específico 1: Reforçar os mecanismos de coordenação na área financeira.

Estratégias:

- Contribuir para o reforço e participar regularmente no grupo de trabalho de coordenação sectorial na área financeira no âmbito da Resposta Nacional do HIV SIDA.
- Manter uma coordenação permanente com os parceiros através do Comité de Gestão Financeira, Grupo Técnico-SWAP e Comité de Coordenação Sectorial segundo o cronograma estabelecido no Memorando de Entendimento do FASAUDE.
- Assegurar que todos os fundos que contribuam para o financiamento do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde sejam do conhecimento do Comité de Gestão Financeira [Orçamento do Estado, contribuições financeiras dos parceiros de desenvolvimento e das ONGs, e os fundos geridos através do CNCS para o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde ao nível central e provincial].

³⁹ São exemplos de estudos já previstos:

- Magnitude da mortalidade por SIDA ao nível da comunidade na população sexualmente activa
- Estudo sobre a incidência, prevalência e etiologia das ITS – síndromes em subgrupos populacionais de risco
- Estudo de sensibilidade e resistência dos agentes das ITS aos fármacos de uso corrente

- Advogar para que todos os fundos sejam gradualmente geridos através do Comité de Gestão Financeira e dos fundos comuns existentes utilizando o sistema integrado de gestão financeira do MISAU.

Objectivo específico 2: Harmonizar, reforçar e integrar progressivamente os sistemas gestão financeira para o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

Estratégias:

- Desenhar e implementar progressivamente um sistema de informação da gestão que integre a gestão de todos os fundos canalizados para o sector saúde.
- Assegurar aos implementadores do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde (contabilidade da DNS, GACOPI, outras agências que venham a gerir iniciativas e projectos) o uso dum sistema contabilístico que possa conduza um processo consolidado de orçamentação, execução e prestação de contas, produção de relatório financeiro e da auditoria.
- Reforçar o processo de orçamentação, execução e prestação de contas, produção de relatório financeiro e auditoria consolidado segundo o cronograma estabelecido no Memorando de Entendimento do FASAUDE.
- Informatização gradual dos sistemas de gestão financeira nos níveis central e provincial.
- Estabelecer mecanismos de controlo que permitam assegurar a qualidade da gestão e da informação financeira produzida.

OBJECTIVO 2: Reforço da capacidade institucional.

Estratégias:

- Reforçar a capacidade institucional ao nível central.
- Assegurar o reforço do sistema de supervisão da gestão financeira ao nível provincial.
- Assegurar a participação da DAG no Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Criar um fluxo de informação e tomada de decisões entre a DAG e o Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde relativamente aos aspectos financeiros (desembolsos, prestação de contas, relatórios financeiros etc).

OBJECTIVO 3: Flexibilidade no financiamento do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

Estratégias:

- Manter um diálogo constante com o MPF para adaptar os mecanismos de gestão financeira e os volumes financeiros, segundo as iniciativas emergentes na área do HIV/SIDA e as reformas do Governo em curso.
- Participar no desenvolvimento de mecanismos de contratação e financiamento do sector privado e das ONG, em conjunto com uma equipa de consultores especializados e a com participação da DPC e da DNS.
- Negociar com os parceiros que não apoiam os mecanismo de financiamento através dos fundos comuns, a implementação dum sistema contabilístico de orçamentação, execução e prestação de contas, produção de relatório financeiro e auditoria que permitam uma consolidação da informação para o conjunto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

OBJECTIVO 4: Alocação dos fundos segundo as prioridades do PESS e do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

Estratégias:

- Assegurar que o plano de desembolso seja preparado atempadamente e inclua as prioridades definidas no Planificação Anual Operacional e no PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e integre todas as fontes de financiamento.
- Assegurar a implementação do referido plano de desembolso, respeitando o cronograma do Memorando de Entendimento.

OBJECTIVO 5: Gestão dos fundos atempada, rigorosa e transparente.

Estratégias:

- Desenvolver o Manual de Procedimentos de Gestão Financeira.
- Monitorizar a implementação do plano de desembolso.
- Assegurar auditorias regulares e abrangentes de todos os fundos que contribuem para o financiamento do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde segundo o cronograma do Memorando de Entendimento.

OBJECTIVO 6: Assegurar uma descentralização coordenada e progressiva da gestão dos fundos em função das capacidades existentes em cada sector.

Estratégias:

- Descentralizar gradualmente os fundos para instituições e centros de formação, considerando a qualidade e transparência no processo de prestação de contas (utilizando numa fase intermediária um Acordo Tripartido entre o MISAU, as instituições ou centros de formação e as DPS).
- Descentralizar gradualmente o processo de planificação, prestação de contas das actividades de formação contínua, até a nível d distritos (Anexo IV: Fluxo financeiro no contexto do PEN ITS/HIV/SIDA).
- Coordenar com o sector farmacêutico a descentralização da gestão do Fundo Comum de Medicamentos até ao nível regional ou provincial.
- Coordenar com o Departamento de Aprovisionamento a descentralização da gestão dos fundos até aos níveis regional ou provincial.

V.3.6. REHABILITAÇÃO E CONSTRUÇÃO

A implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde requer um grande esforço no que concerne à rede sanitária. A introdução do TARV deve ser feita em US com condições estruturais e equipamento adequado. Estão previstas intervenções de maior ou menor dimensão em quase todas as US que participam nas actividades do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

A multiplicação de intervenções, pequenas na maior parte, tem implicações que devem ser ponderadas:

- Os atrasos de implementação das obras são mais prováveis do que em intervenções concentradas apenas em poucas US;
- A preparação dos cadernos de encargos é mais complicada e mais dispendiosa;
- O método de licitação depende da possibilidade de concentrar intervenções na mesma área geográfica que torne a participação nos concursos atractiva para empresas de maior dimensão; caso contrário, sem a possibilidade de aplicar economias de escala, muitas pequenas empresas deverão ser envolvidas, aumentando os custos de fiscalização e gestão das obras.

O desafio é, portanto, realizar as intervenções necessárias nos locais seleccionadas, ao menor custo possível, mantendo durante o processo, a participação de todas as estruturas relevantes dentro da estratégia geral de descentralização. A DPS será o órgão que decide sobre a localização e o tipo de intervenção a realizar. Outros aspectos, como a gestão financeira da execução, dependerão mais de critérios de eficácia e eficiência.

Objectivo 1: Garantir uma coordenação adequada dos investimentos.

Estratégias:

- Definir de acordo com as diferentes componentes (GATV, PTV, farmácia, TARV, etc.) os requerimentos estruturais mínimos e ideais para alojar os novos serviços.
- Coordenar com as DPS a selecção das US onde intervir e o tipo de intervenção a realizar e introduzir estas actividades nos planos operacionais anuais das DPS e do MISAU.
- Integrar as intervenções relacionadas com o combate ao HIV/SIDA no contexto geral da melhoria da rede. Utilizar o Plano de Investimento do Sector e os planos provinciais revistos para integrar as intervenções específicas do SIDA.
- Atribuir responsabilidade às Direcções Provinciais de Obras Públicas para as intervenções sejam coordenadas localmente, bem como, a realização dos concursos, a fiscalização das obras e a participação na identificação de empresas fiáveis.

Objectivo 2: Maximizar a eficiência dos recursos utilizados.

Estratégias:

- Identificar as US e as intervenções a realizar durante o período de implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, no âmbito da previsão do tipo de concurso e complicações na execução das obras.
- Implementar uma abordagem dupla, com gestão financeira centralizada e gestão da implementação regionalizada, de modo a que as equipas provinciais, apoiadas pelos

gabinetes técnicos localizados em Maputo, Beira e Nampula, assumam a maior parte da responsabilidade na planificação das obras e elaboração dos cadernos de encargos.

- Utilizar mecanismos mistos de execução financeira, combinando uma abordagem de "projecto" - teoricamente menos burocratizada - com uma mais integrada, com maior ênfase no desenvolvimento institucional, que inclua a participação de outros departamentos, como DPOPH e a DPPF. É de considerar igualmente aspectos como o volume de obras a realizar e o financiamento existente, bem como, a experiência em gestão de obras de cada província.

Objectivo 3: Reforçar a capacidade central e provincial de planificação e execução.

Estratégias:

- Reforçar a capacidade técnica e gerencial do GACOPI no âmbito da gestão simultânea de elevado número de contratos, envolvendo somas avultadas.
- Completar as equipas técnicas provinciais e regionais com elementos que lhes permitam identificar as intervenções a ser realizadas em cada US, bem como fazer um seguimento técnico da execução, que complemente a fiscalização contratada.
- Reforçar a capacidade de GACOPI na área do aprovisionamento com a assistência duma agência internacional para a aquisição do equipamento, com fortes cargas na área do aprovisionamento.

V.3.7. LOGISTICA

O Departamento da Logística será responsável pelo processo de planificação, aquisição, distribuição e gestão de stocks de bens de consumo e do equipamento, incluindo o material médico-cirúrgico e de laboratório⁴⁰. As grandes compras centralizadas irão consumir uma parte substancial dos custos do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

OBJECTIVO 1: Capacitar e profissionalizar os gestores dos níveis periféricos (provincial, distrital e US de referência) no contexto de descentralização da gestão dos bens.

Estratégias:

- Melhorar os mecanismos de coordenação inter e extra institucional no contexto de uma melhoria qualitativa da capacidade de gestão;
- Capacitar os técnicos em logística ao nível dos economatos provinciais, centro de abastecimento e armazéns regionais:
 - a. Capacitar os gestores dos economatos provinciais em planificação logística com destaque para a expressão de necessidades de equipamento, bens de consumo e material médico-cirúrgico.

⁴⁰ Documentos de base:

Manuais de gestão do aprovisionamento
 Proposta de acções estratégicas do Departamento de Logística
 Manual de procura (versão preliminar)
 Proposta de indicadores do sub-sistema de aprovisionamento geral

- b. Capacitar os gestores de stocks dos bens de consumos, equipamento e material médico-cirúrgico nos HP e HR.
- c. Capacitar os gestores em supervisão do equipamento e material médico-cirúrgico, tendo como base o Guião de Supervisão Integrada.
- Realizar as visitas de supervisão às DPS e DDS e avaliação das actividades no âmbito da melhoria da capacidade de gestão.

OBJECTIVO 2: Fortalecer a logística integrada (incluindo a gestão da tecnologia sanitária) para garantir um abastecimento regular em bens de consumo, equipamento e material médico-cirúrgico às US.

Estratégias:

- Implementar uma política de reposição de equipamento incluindo a melhoria na aplicação de critérios de aquisição e de alocação.
- Definir uma estratégia de gestão de tecnologia sanitária.
- Definir e reforçar as normas e padrões na aquisição de tecnologias sanitárias e sua manutenção no contexto da estratégia de gestão de tecnologia sanitária.
- Garantir a capacidade institucional das DPS no apetrechamento em equipamento e material médico-cirúrgico, de modo a assegurar um abastecimento regular às US.
- Finalizar a elaboração e implementar o Manual de Procura do PROSAUDE.
- Através do Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, assegurar uma coordenação entre os Departamentos do MISAU, de modo a garantir uma aquisição harmonizada de equipamento e material médico-cirúrgico.

OBJECTIVO 3: Expandir até aos distritos (ou regiões) o sistema misto de armazenagem.

Estratégias:

- Elevar a capacidade de armazenagem no nível distrital e US de referência incentivando o sistema de armazéns integrados com cobertura regional.
- Revitalizar os armazéns regionais no Centro (Beira) e no Norte (Nacala).

OBJECTIVO 4: Melhorar o sistema de informação para a gestão logística do SNS.

Estratégias:

- Melhorar os instrumentos de recolha de dados, controle de consumos e globalização das necessidades dos programas do MISAU.
- Finalizar a informatização do Centro de Abastecimentos e Departamento de Logística.
- Expandir o sistema informatizado às províncias com enfoque para os armazéns regionais.
- Formar os operadores do sistema informatizado nas DPS.
- Reforçar a M&A do sistema de informação.

V.3.8 FARMÁCIA

A área farmacêutica é uma das áreas chave para o sucesso do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. A importação e distribuição de quantidades adequadas de medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas sofrem dos mesmos problemas de financiamento inadequado que a maior parte dos medicamentos que o SNS utiliza. O mesmo se aplica aos reagentes para diagnóstico e outros consumíveis. A introdução do TARV exigirá atenção e mecanismos especiais devido aos potenciais efeitos dramáticos que eventuais rupturas de stocks devido a atrasos na libertação de fundos implicando o conseqüente atraso no fornecimento por parte dos fornecedores, ou mesmo, devido a expiração do prazo de validade já que os MARV têm validade relativamente curta (12 meses no máximo). O Departamento Farmacêutico/CMAM terá a responsabilidade de organizar a procura, aquisição, armazenagem e distribuição dos medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas, TARV, profilaxia da PTV, o tratamento das ITS e da TB, os kits para os CD, bem como os reagentes e outros consumíveis, para todos os HDD e US envolvidos no tratamento dos pacientes com HIV/SIDA.

OBJECTIVO 1: Procurar os medicamentos para o TARV, tratamento das IO e das ITS de boa qualidade, nas quantidades necessárias e a baixos preços.

Estratégias:

- Selecção dos medicamentos para o TARV, o tratamento das ITS, IO (incluindo a TB) na base dos protocolos de tratamento aprovados pelo MISAU.
- Quantificação das necessidades dos medicamentos na base da informação cruzada das requisições provinciais (retro-alimentação pelos consumos), do sistema de gestão de stocks e da informação providenciada sobre o volume dos doentes atendidos (em particular para o TARV) pelos gestores do TARV/tratamento das infecções oportunistas, do PNCTL e das ITS. Para o caso particular dos MARV a quantificação estará ainda dependente do número de pacientes que poderão ser envolvidos no esquema de tratamento em função da capacidade financeira.
- Aquisição dos medicamentos para o tratamento das infecções oportunistas, das ITS e da TB, que já são de uso comum, preferentemente através de concursos internacionais restritos (LCB), considerado sempre o envolvimento em iniciativas globais para beneficiar da redução de preços.
- Assegurar a qualidade dos MARV e a estabilidade do abastecimento mediante, adopção dum esquema flexível:
 - a Aquisição feita por Concursos Internacionais Restritos (Shopping) com participação de empresas pré-qualificadas pela OMS, ou com produtos registados no país;
 - b Estabelecimento de contratos multi-ano que incluam a possibilidade de mudanças nos pedidos em espaços de tempo relativamente curtos (3 meses);
 - c Adjudicação do mesmo produto a mais de uma empresa, para o mesmo período de aprovisionamento, o que vai permitir maior flexibilidade nas negociações de fornecimentos de urgência.
 - d Abertura (disponibilidade imediata de fundos) para aquisições de urgência mesmo localmente.

OBJECTIVO 2: Implementar um sistema eficiente de monitoria e avaliação.

Objectivo específico 1: Assegurar um sistema de informação sobre o consumo dos MARV que seja atempado e eficiente.

Estratégias:

- Desenvolvimento dum sistema de seguimento de pacientes em TARV que produza informação funcional sobre o consumo dos MARV (com base do modelo Brasileiro).
- Assegurar, aos níveis provincial e distrital, onde haja HDD, a recolha e globalização da informação sobre os pacientes em tratamento, linhas de tratamento utilizadas/prescritas/aviadas, consumo real de medicamentos (dispensa) e outras informações relevantes para a gestão do aprovisionamento de medicamentos.

Objectivo específico 2: Melhorar o sistema de retroinformação sobre o consumo de medicamentos, para orientar a decisão de compra.

Estratégias:

- Continuar a treinar o pessoal dos Depósitos Provinciais e das US sobre a análise dos consumos e preparação das requisições de medicamentos, de modo a obter-se uma informação mais correcta e atempada.
- Desenvolvimento dum pacote informático para a gestão do aprovisionamento de medicamentos e suprimentos médicos, a ser introduzido inicialmente nos HC e HP, de modo a melhorar a informação sobre consumo e a gestão de stocks dos medicamentos.

OBJECTIVO 3: Sistema de distribuição eficiente.

Estratégias:

- Contratação de empresas de logística para garantir armazenagem adequada e distribuição atempada dos MARV.
- A distribuição até aos depósitos provinciais será feita utilizando a via mais adequada, incluindo a aérea, dado que o custo dos MARV justifica a despesa adicional; posteriormente, serão distribuídos para as farmácias dos HDD, onde mediante o formulário de pedido se fará a dispensa aos os doentes (Anexo V: Fluxo dos medicamentos).
- Dotação dos HDD com espaço suficiente e locais seguros para armazenar os medicamentos e de capacidade técnica para os gerir e proceder a sua despesa aos pacientes.
- Distribuição de acordo com as regras estabelecidas dos medicamentos para tratamento das infecções oportunistas (incluindo TB) e tratamento das ITS, em resposta a requisições, enquadrados na via clássica.

OBJECTIVO 4: Reforço da capacidade institucional.

Estratégias:

- Garantir junto da Direcção dos Recursos Humanos, a presença dum agente o técnico de medicina em cada HDD ou US aonde se dispensa MARV.
- Garantir, em conjunto com a Direcção dos Recursos humanos, o reforço de pessoal para assegurar a supervisão do agente/técnico de medicina nos CS aonde se dispensa MARV, mas onde não há HDD.

OBJECTIVO 5: Regulamentação e controlo da qualidade.

Estratégias:

- Garantir apenas a circulação no país de medicamentos registados, como garantia primária da qualidade dos mesmos.
- Capacitar o LNCGM para o controlo de qualidade dos MARV, no âmbito do sistema de garantia de qualidade.

V.3.9 LABORATÓRIOS

A implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde terá como maior resultado o reforço e modernização da rede laboratorial de modo a garantir qualidade e satisfação de todos os utentes do SNS.

As abordagens tecnológicas da rede laboratorial deverão ser adequadas e realísticas de acordo com os níveis da rede sanitária, prioridades ditadas pela epidemia do HIV e, capacidade de expansão das tecnologias. A formação, quer formal quer em serviço dos recursos humanos é fundamental para o sucesso destas iniciativas.

OBJECTIVO 1: Expansão do acesso da população (rural e urbana) ao diagnóstico serológico do HIV.

Estratégias:

- Utilizar algoritmos de testagem simples e rápidos para os serviços de ATV e PTV de modo a cobrir cada vez mais as áreas.
- Dotar os laboratórios clínicos de capacidade de testagem suplementar como suporte da rede periférica.

OBJECTIVO 2: Garantir a qualidade e segurança das transfusões de sangue.

Estratégia:

- Reduzir o risco residual de transmissão do HIV via infecção primária e outros patógenos.

OBJECTIVO 3: Implementar um sistema que permita o desenvolvimento quantitativo e qualitativo da rede dos laboratórios clínicos do SNS.

Estratégias:

- Introduzir o novo conceito de prestação de apoio clínico laboratorial através da disponibilização de exames básicos essenciais, de acordo com o nível da US, priorizando as que se vão constituir em RI.
- Garantir a existência de capacidade local ao nível das US para a prestação de exames complementares para os pacientes em TARV, PTV Plus e tratamento das infecções oportunistas.
- Elaborar e aplicar de protocolos operacionais padronizados.
- Implementar um sistema de informação e gestão dos laboratórios e integração progressiva de todos os laboratórios num sistema nacional de garantia de qualidade.

OBJECTIVO 4: Garantir a equidade no TARV, criando capacidade tecnológica laboratorial adequada para a sua expansão às populações mais periféricas.**Estratégias:**

- Iniciar a implementação do TARV com base na capacidade para medição do CD4/CDB e carga viral actualmente existente nos HC.
- Estabelecer um sistema de referência das amostras entre as RI com TARV e PTV Plus e os HC para a monitoria do CD4/CDB e carga viral.
- Expandir estas capacidades aos níveis mais periféricos (começando pelos HP) quando, de acordo com o volume da demanda se julgar necessário e viável.
- Introduzir paralelamente técnicas simples e adequadas para os níveis mais baixos da rede sanitária de modo a que as populações mais periféricas tenham também acesso ao TARV.

OBJECTIVO 5: Implementar um programa de garantia de qualidade de modo a ter-se um serviço de apoio com os parâmetros necessários.**Estratégias:**

- Desenhar um sistema de garantia de qualidade que inclua o controlo de qualidade das análises laboratoriais e um sistema de informação e gestão dos laboratórios.
- Estabelecer uma Unidade de Garantia de Qualidade junto ao Lab. Referência do HIV, com vista à implementação do programa de qualidade.

OBJECTIVO 6: Garantir uma gestão eficiente dos recursos necessários a uma prestação de serviços de qualidade.**Estratégias:**

- Criar um grupo técnico dos laboratórios (ComLab) integrando o DAM, o Departamento de Logística, a CMAM e os Laboratórios de Referência, para assessorar tecnicamente o MISAU.
- Desenvolver um sistema moderno de gestão da rede laboratorial baseado no sistema de informação e gestão dos laboratórios.
- Garantir a aquisição de reagentes e equipamento em regimes de "procurement" que ofereçam o melhor custo-benefício a médio e longo prazos.

OBJECTIVO 7: Criar capacidade de referência de modo a estabelecer um diagnóstico laboratorial de qualidade, acreditado local e internacionalmente.

Estratégias:

- Reforçar e capacitação humana e tecnológica dos diversos laboratórios de referência de modo a que possam prestar a devida referência para o diagnóstico serológico, imunológico e virológico do HIV e, outras áreas para efeitos de GATV, PTV, TARV e tratamento das IO.
- Elaborar protocolos operacionais padronizados para as diferentes disciplinas laboratoriais.
- Assegurar os materiais e reagentes para o programa de garantia de qualidade.
- Elaborar e implementar programas de treino e formação contínua dos profissionais de laboratório.
- Conduzir, através de protocolos padronizados, estudos biológicos de monitoria das tecnologias aplicadas, monitorização da resistência aos MARV e, controlo da qualidade dos MARV usados no SNS.
- Conduzir investigação operacional relevante para o sucesso das iniciativas de controlo da epidemia no País.

VI. GESTÃO E COORDENAÇÃO DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE

VI.1. ESTRUTURA DE GESTÃO AO NÍVEL CENTRAL

Os princípios de base de gestão do PEN ITS/HIV/SIDA a nível central são:

- Não criar novas estruturas;
- Evitar a fragmentação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde entre os diferentes Departamentos;
- Importância da necessidade de reforço dos recursos humanos para cada componente e serviço de apoio ao nível do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde;
- Reforçar os mecanismos de coordenação horizontais;
- Sintetizar o conteúdo e reduzir a frequência e a duração de reuniões ao nível dos Directores do MISAU.

VI.1.1. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DA EQUIPA DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE

VI.1.1.1. Composição

Os seguintes gestores serão envolvidos a tempo inteiro no PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde⁴¹:

- Chefe do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde: coordenação e representação (ao nível do DEE)
- PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde Adjunto: coordenação técnica e apoio às componentes do programa (ao nível do DEE, *por recrutar*)
- Equipa IEC para o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde (ao nível da RESP, DSC)
- Equipa GATV (ao nível do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde)
- Equipa programa ITS (ao nível do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, *um técnico por recrutar*)
- Equipa PTV (ao nível do DSC, *um técnico por recrutar*)
- Gestor TARV- tratamento das infecções oportunistas - HDD/CD (ao nível da DAM, *por recrutar*)
- Equipa CD (ao nível do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, *um técnico por recrutar*)
- Equipa laboratório de referência
- Reforço para o programa TB – ligação TB/HIV (ao nível do DEE, *por recrutar*)
- Equipa de Monitoria e Avaliação (ao nível do Gabinete de Epidemiologia, *um Epidemiologista, um Gestor da Unidade e um técnico por recrutar*).

VI.1.1.2. Funções da equipa do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

- Definir as políticas e estratégias do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

⁴¹ O levantamento completo das necessidades em recursos humanos para o MISAU e o nível regional e provincial dentro do contexto do ITS/HIV/SIDA, bem como a elaboração dos Termos de referência de cada uma das posições identificadas e a definição do processo de seleção e contratação do pessoal identificado como necessário, esta em curso.

- Garantir a implementação e a revisão/adaptação regular das suas estratégias, consolidando a informação das componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Preparar a planificação operacional anual do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Assegurar o desenvolvimento dos manuais, algoritmos, protocolos de tratamento e guiões de supervisão e garantir o seu processo de aprovação.
- Desenvolver os mecanismos necessários para a actualização permanente dos manuais, algoritmos, protocolos de tratamento e guiões de supervisão.
- Garantir o desenvolvimento harmonioso e a integração das diferentes componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Emitir parecer técnico ao MISAU sobre as propostas de financiamento, iniciativas e projectos que vinham a ocorrer no área do HIV/SIDA, recorrendo aos grupos de trabalho, caso seja necessário.
- Emitir parecer técnico sobre as propostas das ONG apresentadas no âmbito da Resposta Nacional ao HIV/SIDA.
- Efectuar a coordenação interna a nível do MISAU, bem como com os níveis regional e provincial e outras instituições do Estado.
- Garantir a implementação, em colaboração com o Gabinete de Epidemiologia e estudos comportamentais, biológicos e outros estudos que sejam pertinentes.
- Garantir a monitoria e avaliação regular do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, incluindo o funcionamento do sistema de Vigilância Epidemiológica.
- Participar nas reuniões nacionais e internacionais.
- Assegurar a divulgação dos resultados dos estudos e da Vigilância Epidemiológica do HIV/SIDA.

VI.1.2 FUNÇÕES DAS COMPONENTES DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE

VI.1.2.1. Componentes

São componentes do PEN ITS/HIS/SIDA-sector saúde [Anexo VI: Localização das componentes nos Departamentos].

- Preservativos, GATV, IEC, CD, PTV, tratamento das infecções oportunistas, TARV, ITS, biossegurança, transfusão segura, SAAJ, nutrição, saúde mental, intervenção comunitária, medicina tradicional.

VI.1.2.2. Funções das componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

- Definir os objectivos, estratégias e princípios de extensão da componente (conteúdo).
- Elaborar e actualizar os manuais, algoritmos, protocolos de tratamento e guiões de supervisão
- Preparar a planificação anual operacional e os relatórios de actividades.
- Em coordenação com a DPC-DIS e a Unidade de Monitoria e Avaliação, definir as necessidades em termos de recolha da informação, os instrumentos necessários, o fluxo dos dados e da informação, e os mecanismos de consolidação da informação.
- Assegurar a realização de supervisões regionais e províncias, bem como o apoio aos gestores províncias.
- Coordenar com a DAM e a DRH a identificação das necessidades para formação de base e a formação contínua, o desenvolvimento do curriculum de formação e a organização das formações para os profissionais de saúde.

- Coordenar, com DRH e DAM, a identificação das necessidades e na colocação do pessoal.
- Providenciar apoio técnico aos parceiros implementadores na planificação e implementação do programa.
- Assegurar a coordenação com o Chefe do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, com as outras componentes e serviços de apoio, Departamentos e Direcções do MISAU, parceiros, CNCS e outros Ministérios através dos mecanismos estabelecidos (Grupo Técnico do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, consultivos ao nível do MISAU).
- Participar nas reuniões nacionais e internacionais.

VI.1.3. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DOS GRUPOS DE TRABALHO

VI.1.3.1. Grupos de Trabalho e sua composição

No Anexo VII é apresentada a articulação dos Grupos de Trabalho com os Departamentos do MISAU.

- **Grupo Inter-Ministerial:**
 - a Grupo de Trabalho de coordenação sectorial (MIJUS / MISAU / CNCS / ONGs / sociedade civil) para os aspectos legais ligado ao HIV/SIDA
 - b Grupo de Trabalho de coordenação sectorial na área financeira (CNCS, MISAU, MPF, ONGs, parceiros) no âmbito da Resposta Nacional do HIV/SIDA
 - c Grupo Técnico de monitoria e avaliação (CNCS, MISAU, MINED, outros ministérios, ONGs, parceiros, sociedade civil) no âmbito da Resposta Nacional do HIV/SIDA
- **Grupo de trabalho no MISAU⁴²:**
 - a PTV
 - b Tratamento (tratamento das infecções oportunistas, TARV, ITS)
 - c CD
 - d Intervenção comunitária
 - e Operacionalização das RI⁴³
 - f Monitoria e avaliação (dois sub-grupos: Vigilância Epidemiológica e M&A em geral)

VI.1.3.2. Funções dos Grupos de Trabalho

- Trabalhar com assessor ao chefe do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde ou com um dos componentes, Departamentos ou serviços de apoio, dependendo das suas especificidades.
- Estes grupos não são estruturas permanentes, mas sim, são chamadas em função das necessidades e não cabe a estes grupos tomar decisões, coordenar as actividades, ou iniciar-se na gestão diária ou dumas componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Fornecer assessoria técnica aos Directores Nacionais, aos órgãos de decisão do MISAU:
 - a Parecer técnico sobre novas propostas de financiamento, iniciativas, novos projectos que venham a ocorrer e produzir relatórios de síntese com recomendações;
 - b Emitir parecer técnico sobre estratégias específicas e planos operacionais anuais;

⁴² Ver lista de composição de cada grupo, no Manual Operacional

⁴³ Este Grupo de Trabalho ainda esta em curso de definição

- c Emitir parecer técnico sobre protocolos e algoritmos de tratamento, normas e manuais guiões de supervisão existentes;
- d Apoiar no desenvolvimento protocolos e algoritmos de tratamento, normas e manuais, guiões de supervisão;
- e Apoiar na monitoria e avaliação das actividades e de seu desempenho, com base na análise dos indicadores propostos na Lista Nacional;
- f Apoiar na organização de encontros para a divulgação de resultados e informação relevante.

V.1.4. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DO GRUPO DE GESTÃO DO PEN ITS/HIV/SIDA-SECTOR SAÚDE

VI.1.4.1. Composição

- O Coordenador do Grupo de Gestão será o Director Nacional de Saúde e subordinar-se-á ao Comité de Gestão Financeira⁴⁴.
- Os membros do Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde incluem técnicos a tempo parcial dos seguintes Departamentos/Direcções:
 - a Representante da DRH – gestão do pessoal
 - b Representante DRH – formação dos profissionais de saúde
 - c Representante DAG – finanças
 - d Representante DAG – aprovisionamento
 - e Representante DAG – administração
 - f Representante DPC - planificação
 - g Representante de GACOPI
 - h Representante DPC – sistema de informação
 - i Representantes DAM – gestão hospitalar
 - j Representante DAM - cuidados hospitalares
 - k Representante Saúde Familiar
 - l Chefe do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde
 - m Chefe Adjunto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde
 - n Chefe da CMAM
 - o Chefe da Unidade de Monitoria e Avaliação
- Um técnico a tempo inteiro funcionando como secretariado
- Canalização da informação: através de acta de reuniões assinadas pelo Coordenador do Grupo de Gestão

VI.1.4.2. Funções do Grupo de Gestão⁴⁵

Este Grupo de Gestão justifica-se no âmbito do apoio ao trabalho do Comité de Gestão Financeira e do Consultivo do Ministro (Anexo VIII). Deverá preparar as sínteses que serão apresentadas ao Comité de Gestão Financeira e ao Consultivo do Ministro. Possui um papel idêntico ao Grupo Técnico de Gestão Financeira, com mais ênfase na gestão dos recursos do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, nomeadamente:

- Acompanhamento e coordenação da implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde;

⁴⁴ O Mandato, a composição e as funções do Comité de Gestão Financeira se encontra no Memorando de Entendimento do PROSAUDE, Novembro 2003.

⁴⁵ Os termos de referência deste Grupo de Gestão estão sendo desenvolvidos e serão parte dos Anexos deste documento

- Planificação e avaliação das RI (a gestão e operacionalização das RI são de responsabilidade da DAM);
- Acompanhamento do processo de planificação de cada componente e consolidação do plano e orçamento anual para o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde;
- Preparar orientações para o CGF para o conjunto da alocação dos recursos ao nível do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

VI.1.5. COMPOSIÇÃO E FUNÇÕES DO GRUPO TÉCNICO

VI.1.5.1. Composição

- O Director Nacional de Saúde lidera este grupo.
 - **Grupo restrito:**
 - a DNS
 - b DNSA DEE
 - c DNSA DAM
 - d DNSA DSC
 - e Chefe do DF
 - f Chefe do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde
 - g Chefe Adjunto PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde
 - h Chefe Unidade de monitoria e avaliação
 - i Chefe do Gabinete de Epidemiologia
 - **Grupo alargado:**
 - a Outras componentes poderão participar em reuniões alargadas e sempre que a agenda os permitir, dependendo dos assuntos a serem discutidos.
- Um Secretariado permanente: Chefe Adjunto
- Reuniões mensais
- Canalização da informação: através de acta de reuniões assinadas pelo Coordenador do grupo de trabalho

VI.1.5.2. Funções do Grupo Técnico

- Representar o fórum de decisão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, tendo como base o trabalho das componentes, do Chefe e Chefe Adjunto do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Coordenar os aspectos-chave entre as várias componentes e programas relacionados do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Partilhar informação entre os diferentes gestores das componentes do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Fornecer orientações aos DNSA e aos Chefes do programas / componentes no âmbito do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.
- Identificar os assuntos a ser levantados no Grupo de Gestão do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde (aspectos ligados à gestão) e ao Consultivo do Ministro (aspectos técnicos).

VI.2. ESTRUTURA DE GESTÃO AO NÍVEL PROVINCIAL E REGIONAL

A estrutura ao nível provincial também será reforçada e uma proposta de organigrama, parte integrante deste documento, foi elaborada pelas províncias (Anexo IX: Estrutura de gestão provincial).

VI.3. MECANISMOS DE COORDENAÇÃO EXTERNA

O **CNCS** continuará a ser o principal parceiro do MISAU na implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. As intervenções preventivas particularmente aquelas que são realizadas fora das US, deverão ser coordenadas com o CNCS. As actividades ao nível da comunidade, incluindo os CD, serão contratados e financiados em grande parte através do

CNCS, com o apoio técnico do MISAU. O CNCS tem igualmente a responsabilidade de apoiar o MISAU na captação de recursos para a implementação das outras actividades do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde.

Parceiros bilaterais e multilaterais. O MISAU e os parceiros manterão um diálogo permanente e procederão à troca de informação sobre os assuntos relacionados com a implementação através dos mecanismos de coordenação já estabelecidos no Código de Conduta, Compromisso de Kaya Kwanga⁴⁶. O combate ao HIV/SIDA é uma das grandes prioridades –se não a maior—do sector saúde para a próxima década. Como tal, os parceiros participam nas discussões sobre priorização e alocação de recursos, na planificação operacional anual e nos cenários de despesa e financiamento de médio prazo. A necessidade de fundos externos avultados e a utilização de mecanismos comuns para a sua execução tornam o GT-SWAP o contexto óbvio para a coordenação. Embora possam chegar fundos directos para a implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, a lógica do SWAP implica que a alocação dos recursos será feita no contexto das necessidades globais do sistema. Assim, o papel dos parceiros que não financiam directamente as intervenções é também importante para garantir a complementaridade entre todas as acções do sector. A utilização dos fundos para o HIV/SIDA não deve levar à criação de foros de decisão separados.

As **ONG** representam uma parte importante na implementação de actividades de combate ao HIV/SIDA. Na área dos CD são os prestadores de serviços preferenciais, se não os únicos. A multiplicação de iniciativas tem claras implicações em termos de coordenação, pelo que esta deverá ser feita a nível provincial. As DPS, em colaboração com os Núcleos Provinciais de Combate ao SIDA, deverão estabelecer foros de coordenação e análise com as organizações inseridas na província. Um pequeno número de ONG, de maior competência, estão envolvidas na operacionalização de HDD que oferecem TARV. O modelo de relacionamento será diferente, podendo incluir a contratação das mesmas para a prestação dos serviços em nome do MISAU.

Embora o papel do **sector privado** esteja mais virado para a abordagem multisectorial e nas intervenções preventivas em local de trabalho, do que nas áreas competência do MISAU, à semelhança de outros países algumas grandes empresas podem querer oferecer TARV aos seus trabalhadores e as suas famílias. O tamanho de algumas empresas pode justificar o estabelecimento de um GATV no local. Estas iniciativas deverão ser acreditadas, coordenadas e supervisionadas pelos serviços de saúde.

VI.4. CONTRATAÇÃO COMO OPÇÃO ESTRATÉGICA

A prestação de alguns dos serviços por parte das ONG, com maior ou menor envolvimento das estruturas administrativas de referência, é já uma realidade. A série de RI a ser financiada pelo Fundo Global é para ser implementada por ONG, em estreita colaboração com o MISAU. A anunciada implementação da iniciativa TAP (Treatment Acceleration Program) do Banco Mundial, para a prestação de serviços de combate ao HIV/SIDA, incluindo o TARV, é para financiamento exclusivo a ONG.

Paralelamente às vantagens, em termos de flexibilidade, que algumas ONG têm, há também desvantagens, nomeadamente, a competição com o SNS pelos mesmos recursos humanos; a criação de sacos de serviços de boa qualidade que não melhoram as prestações do sistema -

⁴⁶ Reuniões bi-mensais do GT-SWAP e bi-anuais do Comité de Coordenação Sectorial

situação que se agrava quando na mesma US coexistem os dois esquemas, o público e o apoiado pela ONG; e, a evidente insustentabilidade. A Qualidade e eficiência nas operações têm sido também características atribuídas às ONG, mas que nem sempre caminham juntas. Em geral, a capacidade das ONG nacionais é limitada, como é também, o número de organizações internacionais com experiência na área do tratamento a doentes com SIDA.

Porém, as ONGs podem ter a capacidade, por uma série de razões, de colocar técnicos superiores e gestores com experiência em áreas que apresentam dificuldades para o sistema público. No entanto, o MISAU deve-se preparar para trabalhar com as ONG duma forma diferente. Ao invés de acordos gerais, deve-se considerar a necessidade de estabelecer contractos de prestação de serviços, com manuais de operações e cadernos de encargos, de forma que seja possível o seguimento adequado da implementação, independentemente da forma de desembolso de fundos, ser através do MISAU, ou, directamente de doadores bilaterias. Não restam dúvidas que a definitiva, maior parte das ONG são financiadas por fundos públicos, dos quais devem prestar contas.

A competência dos Órgãos Centrais ia ser a elaboração da normativa técnica e as especificações dos serviços a oferecer. O aspecto crítico são a gestão administrativa de concursos e contractos e a fiscalização da implementação das actividades que corresponderiam aos níveis mais baixos do sistema, DPS e DDS. Dada a variedade de iniciativas de financiamento de ONG, a exploração desta alternativa toma um carácter urgente. No marco da implementação do MAP, o CNCS está a avaliar as possibilidades que os contratos oferecem; porém, as organizações incluídas são aquelas que trabalham ao nível da comunidade, e não o campo muito mais complexo da prestação de serviços formais de saúde⁴⁷.

⁴⁷ Está prevista uma consultoria brevemente de modo a definir os tipos de contractos e prestação de serviços das ONG, não só para o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, mas também para as actividades de saúde em geral.

VII. CUSTOS DO PEN ITS/HIV/SIDA – sector saúde, 2004-2008

São poucas as estimativas de custo das intervenções obtidas, considerando as condições reais do País. Em alguns casos, existem estimativas de despesas, mais ou menos agregadas por tipo de unidade sanitária; noutros, orçamentos que apenas incluem despesa adicional para a realização das actividades. Para a tomada de decisões sobre a alocação de recursos a médio prazo dever-se-ia contar com estimativas do custo total, por unidade de intervenção, e posteriormente modelar-se uma combinação de serviços mais adequada com os recursos projectados.

As metodologias de cálculo para cada intervenção são detalhadas no anexo 10 deste documento. É importante que fique claro que a tabela 5 apresenta uma estimativa de custo, cuja utilidade é a tomada de decisões alocativas a médio prazo. Portanto, não é um orçamento, nem pode ser utilizado directamente na elaboração de planos operacionais, porque algumas das intervenções já estão sendo parcialmente financiadas, como por exemplo, o pagamento de salários e outros gastos correntes de trabalhadores e US, ou seja, actividades que poderão não estar directamente ligadas ao combate do HIV.

Tabela 5: Custos totais do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde

Intervenção	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Diagnóstico e tratamento ITS	8,663,069	10,355,193	12,123,890	13,975,651	15,913,242	61,031,044
Distribuição preservativos	1,324,320	1,586,400	1,746,000	2,082,000	2,376,000	9,114,720
Biossegurança	2,761,380	2,781,840	2,801,388	2,822,998	2,844,553	14,012,160
Transfusões seguras	427,200	453,900	480,600	507,300	534,000	2,403,000
SAAJ	1,582,000	2,030,000	2,510,000	2,910,000	3,390,000	12,422,000
Testagem lab. Clínicos e SMI	1,698,854	2,480,599	3,303,663	1,383,910	1,464,613	10,331,639
Prevenção Transmissão Vertical	10,293	20,334	28,253	3,246	3,449	65,575
Tratamento IO e Quimioprofilaxia	6,484,478	11,861,369	16,761,115	6,312,075	6,706,263	48,125,299
Operação 129 redes integradas	5,863,775	14,352,167	36,023,147	51,797,307	66,826,832	174,863,227
Melhoria do sistema (despesas capital)	7,998,820	23,880,039	27,876,373	27,411,357	12,253,182	99,419,771
Cuidados Domiciliários						-
Formação inicial	2,110,000	3,135,000	3,460,000	3,260,000	2,560,000	14,525,000
Formação Contínua	2,881,300	2,058,000	2,058,000	2,058,000	2,058,000	11,113,300
IEC	359,394	366,224	529,876	589,984	662,061	2,507,539
Gestão do Programa	798,316	858,716	849,716	849,716	849,716	4,206,182
Monitorização e Avaliação	1,322,000	789,000	1,287,500	785,500	640,500	4,824,500
Subsídio de Almoço	4,795,844	4,795,844	4,795,844	4,795,844	4,795,844	23,979,222
Assistência Técnica	629,302	824,010	807,913	833,729	833,565	3,928,518
Outros	400,000	400,000	400,000	400,000	400,000	2,000,000
TOTAL	50,110,345	83,028,636	117,843,278	122,778,618	125,111,819	498,872,696
Custo per capita	2.64	4.27	5.92	6.02	5.98	

O **custo total** projectado para a implementação completa do PEN IST/HIV/SIDA-sector 2004-2008 é de aproximadamente 500 milhões de US\$; 35% deste valor destina-se à operacionalização das 129 RI, incluindo salários, medicamentos e outros gastos correntes; 20% para despesas de capital inerentes à melhoria geral da rede; 12% para o diagnóstico e tratamento das ITS; e, 10% para a profilaxia e tratamento das infecções oportunistas.

Os custos per capita, de entre 2.5 e 6 US\$ por ano, representam um grande crescimento da despesa do sector. Porém, são extremamente pequenos quando comparados com a despesa adicional com prevenção e tratamento do HIV/SIDA recomendada pela Comissão de

Macroeconomia e Saúde, que estima uma necessidade anual de 10.73 US\$ por pessoa, até ao 2007.

VIII. RISCOS E DESAFIOS

À semelhança de qualquer plano vasto e ambicioso, o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde tem associados vários riscos e desafios. A seguir apresentam-se apenas alguns dos mais importantes, bem como algumas medidas de correcção, com vista à sua minimização.

VIII.1. FINANCIAMENTO INSUFICIENTE

Os recursos financeiros necessários para implementar o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde representam um crescimento muito importante no financiamento ao sector. A impossibilidade de obtê-los deve ser considerada a todo o momento. Maior parte do financiamento extra necessário para executar as actividades deverá vir de fundos externos, acarretando implicações sobre a sustentabilidade a médio e longo prazos. A disponibilidade de recursos poderá ditar a escolha de uma combinação de serviços diferente, em função dos custos de operacionalização a curto e longo prazo.

A insuficiência de fundos pode ser agravada pela existência de custos maiores do que os projectados, incluindo a não redução dos preços dos MARV.

A planificação da implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde, com actividades que requerem formação inicial de quadros e intervenções sobre infra-estruturas, deverá ser feita a médio prazo, de modo a que a expansão dos recursos previstos possa ser adequada. A advocacia aos doadores deverá ser feita para um compromisso de longo prazo. A eficiência das operações permitirá poupanças significativas.

VIII.2. DESCOORDENAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

O campo do HIV/SIDA é muito activo com a participação de muitos intervenientes. Um dos riscos a considerar é que há intervenções que podem ser iniciadas antes que as estruturas de coordenação estejam operacionais. Isto é aplicável para componentes como os GATV, que não necessitam de grande investimento ou não representam desafios tecnológicos.

O mapeamento e actualização das intervenções e coberturas deve ser contínuo. O MISAU deverá incorporar no PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde todas as iniciativas, desde que estas não representem um atentado à qualidade e a equidade. A informação, mais do que um regulamento, é o instrumento a utilizar.

VIII.3. NÃO ADERÊNCIA AO TARV E CRIAÇÃO DE RESISTÊNCIAS

Se o PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde for implementado na íntegra, este será provavelmente o seu maior risco, pois a experiência de TARV em grande escala é praticamente inexistente. As iniciativas existentes dispõem de muitos mais recursos, incluindo compromissos pessoais dos intervenientes, dos que estarão disponíveis nas US regulares do SNS nos distritos mais recondidos. Portanto, a possibilidade de criar resistências que culminem numa epidemia intratável é real.

Em geral, todo o processo de implementação e expansão do TARV deve ser convenientemente documentado mesmo que isto acarrete atrasos.

Durante o período em que a US oferece o tratamento das infecções oportunistas, não só deve sensibilizar o doente, mas também desenvolver actividades específicas que permitam avaliar a

sua posterior aderência ao TARV. A melhoria das US e a colocação de pessoal de mais qualificado contribuirá para garantir a aderência.

VIII.4. GESTÃO INEFICAZ DOS RECURSOS

Mesmo que os recursos necessários sejam garantidos, a consecução dos objectivos depende da gestão adequada dos mesmos. Porém, o risco é maior quando, como na actualidade, os mecanismos de gestão financeira estão em fase de mudança. As rupturas de stock de medicamentos e reagentes podem ter consequências dramáticas sobre os efeitos e a aderência ao TARV, bem como na confiança que a população tem no sistema. A descoordenação na gestão de recursos humanos pode tornar inoperacionais serviços que dispõem de todos os recursos restantes.

Assim, dentro do possível, os procedimentos de gestão financeira devem ser simplificados, utilizando os mecanismos comuns já existentes e, resistindo à tentação de criar mecanismos paralelos que podem facilitar a gestão ao nível central, mas que representam uma carga de trabalho adicional nas províncias e nos distritos.

A distribuição de medicamentos deve combinar estratégias que garantam, a curto prazo, a sua disponibilidade nas US, com o desenvolvimento de mecanismos de informação e gestão que permitam integrar a gestão destes medicamentos num sistema melhorado. A gestão dos recursos humanos implica uma melhor coordenação interna no MISAU (inter-departamental) e entre o MISAU e as DPS.

VIII.5. DESVIO DE MEDICAMENTOS

Existe a possibilidade de que uma quantidade substancial de medicamentos, particularmente os MARV, sejam desviados para distribuição ilegal. Por outro lado, mesmo que em Moçambique, o TARV seja gratuito ou altamente subsidiado, o mesmo poderá não acontecer nos países vizinhos; por outro lado, a experiência dos utilizadores e dos próprios trabalhadores de saúde, é que as rupturas de stock de todos os medicamento são muito frequentes. É possível que exista a tentação de acumular "stocks de segurança" para algumas pessoas estejam dispostas a pagar para tal. Por último, a maior parte das pessoas que recebem cuidados não preenchem ainda os critérios para o início do TARV, devendo esperar meses ou anos; é também possível pensar na existência de pressões para obter os MARV, mesmo de forma ilícita.

Os mecanismos de distribuição dos MARV incluem um controle de stock reforçado e a implementação de medidas de segurança onde estes medicamentos são armazenados. Será competência dos responsáveis das farmácias e dos HDD a verificação frequente das saídas e das existências. Para evitar a venda por parte dos próprios doentes, alguma forma de tratamento directamente observado (DOT) deverá ser implementada com o apoio dos voluntários dos CD.

VIII.6. COMPETIÇÃO COM OUTROS PROGRAMAS

Sendo uma das grandes prioridades do sector, o combate ao HIV/SIDA não é a única. Programas como a redução da mortalidade materna, o combate à malária, e a redução da mortalidade infantil são igualmente prioridades do MISAU. A existência de fundos pode tornar um programa prioritário, num "programa prioritário artificial". A retirada dos mesmos fundos

ao fim dum período pode provocar disfunções nos serviços ou a competição entre programas pelos recursos existentes.

A competição não é essencialmente negativa, se for canalizada adequadamente. Os mecanismos de coordenação, como o GT-SWAP, devem ser utilizados na identificação das prioridades do sector ao médio prazo e os recursos disponíveis a serem alocados.

No caso do HIV/SIDA, já foi demonstrado que a falta de acção pode ter como consequência a superlotação das US por doentes com IO; contudo este facto deve ser balançado com os recursos necessários para atender os doentes com SIDA, como forma de evitar que outros programas prioritários sejam adiados.

VIII.7. CAPACIDADE INSTITUCIONAL

A debilidade generalizada da capacidade institucional pode comprometer a implementação a bom termo do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde. A fragilidade na gestão de medicamentos, desde a aquisição à sua distribuição, passando pela gestão de recursos humanos (colocação e movimentação de pessoal; noção do perfil de quadros necessários para o desenvolvimento e implementação de actividades específicas), são algumas das situações que exemplificam esta problemática.

Deste modo o reforço em recursos humanos é fundamental na garantia da equidade de serviços prestados ao nível de todos os programas do SNS e não apenas dos relacionados com o HIV/SIDA.

VIII.8. NÃO CUMPRIMENTO INTEGRAL DAS LEIS E/OU NORMAS VIGENTES

Em algumas casos, têm sido registados vários casos de cobranças em serviços que por lei são gratuitos, como por exemplo, toda a atenção pré-natal, atenção aos jovens, bem como, a aplicação de um preçário que não corresponde ao legal.

Com a implementação do PEN ITS/HIV/SIDA-sector saúde e no âmbito da sua sustentabilidade a médio e longo prazos, há uma série de questões que se levantam, nomeadamente:

- O tratamento das ITS à mulher grávida e seus parceiros deve ou não ser gratuito?
- O tratamento das IO e o TARV deve ser gratuito?

Ainda neste âmbito, existem ainda outros aspectos que necessitam de discussão e de decisão, como por exemplo a inexistência de legislação ou regulamentação sobre:

- O tratamento pós-exposição em casos de violação ou cortes provocados.
- A infecção consciente por parte de um indivíduo seropositivo que esconda o seu estado serológico.
- A relação entre o "sigilo profissional" e a "ética médica", em relação à informação dos familiares directos sobre o estado serológico dos indivíduos infectados.

