

# MSF EM MOÇAMBIQUE 2001-2010: dez anos de projectos de HIV



# Introdução

No final da década de 1990, a introdução do tratamento anti-retroviral (ARV) transformou o SIDA de uma sentença de morte numa doença crónica perpétua. No entanto, o custo extremamente elevado dos medicamentos ARV significava que o tratamento era limitado às pessoas provenientes das partes mais ricas do mundo, e os milhões de pessoas que sofriam da doença em locais como África permaneciam sem tratamento. Os responsáveis pelas políticas nacionais e internacionais abstinham-se activamente de embarcar na luta contra o HIV/SIDA, acreditando que o orçamento insuficiente e a escassez de meios técnicos e de recursos humanos iria levar a um tratamento e a uma gestão inadequados do HIV. O seu receio era que, em última análise, pudesse surgir uma estirpe pandémica do vírus resistente aos medicamentos, agravando uma situação que já era terrível.

Os Médicos Sem Fronteiras (MSF) – determinados em não ignorar a situação difícil das pessoas com HIV/SIDA em países africanos – trabalham com o HIV em Moçambique desde 2001, onde têm ajudado o Ministério da Saúde a desenvolver um plano abrangente para o fornecimento generalizado de tratamento ARV. Durante os primeiros anos, cerca de metade dos doentes em tratamento eram apoiados pela organização MSF. Os objectivos dos MSF eram demonstrar que é possível fornecer serviços ARV em cenários de poucos recursos, explorar modos de actuação e ajudar a criar uma capacidade nacional para tratar pessoas com HIV/SIDA. Nessa altura, a organização do sistema de saúde moçambicano precisava de ser adaptada, de forma a permitir o desenvolvimento de programas abrangentes de tratamento ARV em termos de recursos humanos (tanto em quantidade como em competências), capacidade laboratorial, meios técnicos e gestão geral do HIV/SIDA. Os MSF investiram um total de 58 milhões de euros nas suas actividades relacionadas com o HIV/SIDA em Moçambique desde 2001, dos quais a maior parte provém de financiamento privado.

O número de doentes em tratamento aumentou drasticamente nos últimos anos. No final de Agosto de 2010, mais de 200.000 doentes recebiam tratamento ARV em Moçambique<sup>1</sup>, dos quais mais de 33.000 eram tratados com o apoio dos MSF. O número crescente de doentes em tratamento mostra que o aumento e o fornecimento de tratamento ARV é, de facto, possível num país como Moçambique. Os MSF ajudaram a colocar o HIV/SIDA firmemente na agenda da saúde nacional e, juntamente com o Ministério da Saúde, desenvolveram estratégias inovadoras para o tratamento e gestão do HIV. Este relatório especifica o trabalho e as conquistas dos MSF em Moçambique no âmbito do HIV/SIDA ao longo dos últimos dez anos e indica os desafios para o futuro.

<sup>1</sup> [http://www.misau.gov.mz/pt/hiv\\_sida/programa\\_de\\_tratamento\\_antiretroviral\\_tarv/dados\\_tarv\\_nacionais](http://www.misau.gov.mz/pt/hiv_sida/programa_de_tratamento_antiretroviral_tarv/dados_tarv_nacionais).

# Cinco locais, três contextos

Os MSF tomaram a decisão de investir numa série de projectos baseados em diferentes localizações, de forma a poderem explorar soluções inovadoras adaptadas a contextos e grupos populacionais específicos.



Os locais onde os MSF exerceram a sua actividade podem ser classificados em três categorias:

## Contexto urbano

Os MSF iniciaram as suas actividades relacionadas com o HIV/AIDS nos distritos de Chamanculo e Mavalane em Maputo, no final de 2001. A área metropolitana de Maputo é uma das áreas com maior prevalência de HIV/SIDA do mundo, em parte, devido à sua grande população migrante, que inclui mineiros, trabalhadoras do sexo e refugiados económicos. Actualmente, os MSF apoiam cinco centros de saúde no distrito de Chamanculo e quatro centros de saúde no distrito de Mavalane.

## Contexto semi-urbano

Os MSF trabalham na cidade de Tete e nos seus distritos circundantes desde 2001. Tete está a viver um boom económico, gerado pela descoberta de reservas de recursos naturais na região, que atraíram um elevado número de migrantes. A afluência de pessoas criou um terreno fértil para a propagação da epidemia de HIV/SIDA. Em 2007, o tratamento ARV foi descentralizado dos hospitais para os centros de saúde, tendo o projecto dos MSF sido alargado a mais dois distritos. Posteriormente, as actividades do projecto foram reorientadas para a formação, supervisão e gestão de equipas móveis. A partir de 2011, o projecto irá focar-se na implementação e no acompanhamento de uma série de grupos de doentes baseados na comunidade com o objectivo de habilitar os doentes a gerirem eles mesmos parcialmente a doença.

## Contexto rural

Os MSF trabalham nos distritos rurais Angónia (no centro de Moçambique) e Lichinga (no norte do país). Caracteristicamente, as áreas rurais têm uma prevalência de HIV inferior às áreas urbanas, mas têm uma grave escassez de profissionais de saúde. Esta escassez contribui para um acesso muito limitado a serviços de saúde e serviços direccionados para o HIV/SIDA para as pessoas que vivem em contextos rurais.



# Como evoluíram as actividades relacionadas com o HIV dos MSF

Ao longo dos anos, as actividades dos MSF em Moçambique evoluíram e alteraram-se. Esta evolução pode ser caracterizada em cinco etapas principais, desde um período inicial em que a implementação do TARV em países de baixos rendimentos era amplamente considerada impraticável, até à situação actual em que o Ministério da Saúde está a desenvolver a capacidade para assumir o controlo de um conjunto completo de intervenções relacionadas com o HIV/SIDA com o apoio de parceiros.

## Início (2001-2002)

Este foi o período em que o tratamento se tornou disponível pela primeira vez para os doentes com HIV/SIDA em Moçambique. Os cuidados curativos envolviam principalmente o tratamento e a prevenção de infecções oportunistas e o tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. Os programas de HIV/SIDA nesta altura foram reforçados pelo desenvolvimento de Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) que desempenhavam uma função importante na persuasão dos indivíduos a realizarem testes de HIV e em reduzir o estigma associado à doença. Os gabinetes de ATV foram apoiados com informação, educação e serviços de comunicação. Também se realizou um programa piloto para a prevenção da transmissão vertical. Esta época proporcionou aos MSF a possibilidade de exercer pressão no sentido da adopção e do aumento dos programas de TARV em Moçambique.

## Cuidados curativos e implementação do tratamento ARV (2002-2005)

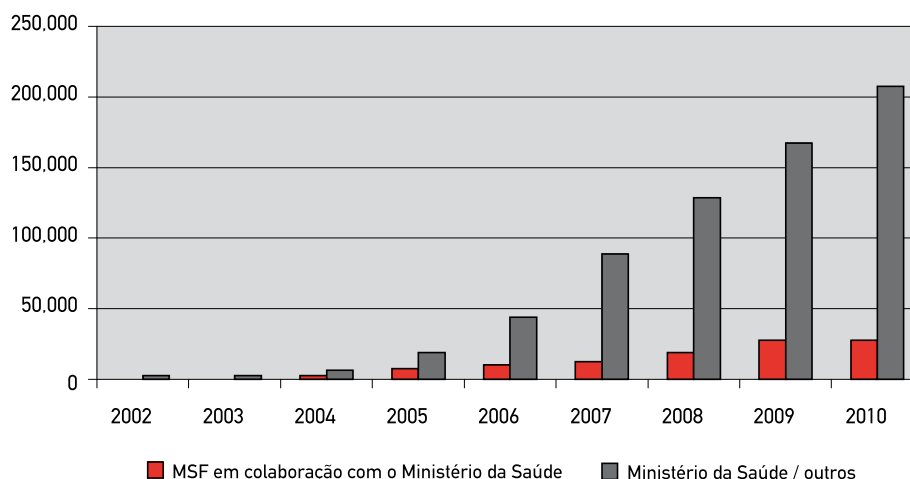
Os MSF começaram a fornecer tratamento ARV gratuito em Moçambique no ano de 2002. Os programas de tratamento foram desenvolvidos de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, baseando-se também na experiência dos MSF em outros cenários africanos. Os programas estabeleceram um pacote de cuidados e tratamento de HIV, com especial atenção para co-infecções de tuberculose (TB). Os programas foram com-

plementados por medidas concebidas para enfrentar problemas como a escassez de profissionais de saúde e questões de aquisição de medicamentos, bem como melhorar a capacidade laboratorial. As actividades psicossociais também foram ampliadas, com conselheiros leigos que forneciam apoio às actividades de ATV e ajudavam os doentes a aderir ao tratamento. Durante este período, o preço dos medicamentos contra o HIV caiu drasticamente, de US\$10.000 por doente por ano para apenas US\$100 por doente por ano, permitindo que mais pessoas comesçassem receber tratamento.

## Aumento de escala da intervenção e descentralização (2005-2008)

Com o aumento do número de doentes, os hospitais ficaram sobrelotados e foram introduzidas listas de espera. Isso criou um obstáculo à garantia de um tratamento de boa qualidade. Também se tornou mais difícil colocar pessoas em tratamento, especialmente em zonas periféricas onde não havia hospitais próximos. Com o aumento do número de doentes, a transferência dos cuidados e do tratamento de HIV de hospitais para clínicas de saúde primária tornou-se prioritário. Como resultado, o Ministério da Saúde lançou um plano ambicioso em 2006 para aumentar a capacidade nacional de fornecer um tratamento ARV e descentralizar grupos de doentes do nível de hospitais para o nível de centros de saúde. Entre 2005 e 2008, o número de locais para o tratamento de HIV/SIDA aumentou de 20 para 220.

Número de Doentes sujeitos a TARV



### Consolidação da qualidade (2007-2009)

Foram realizadas uma série de actividades para melhorar a qualidade dos serviços prestados às pessoas com HIV/SIDA. Os MSF foram-se afastando do tratamento prático directo, adoptando progressivamente um papel que incluía o suporte técnico, o reforço dos recursos humanos e a integração das actividades com a força de trabalho e as orientações do Ministério da Saúde. Isso resultou em iniciativas incluindo a formação de pessoal médico para tratar de casos difíceis e lidar com os efeitos secundários, e o desenvolvimento de modelos inovadores de tratamento, tais como grupos comunitários de tratamento ARV, em que os doentes eram habilitados a ajudar a gerir o seu próprio tratamento.

### Preparação da redução progressiva e reorientação das actividades relacionadas com o HIV/SIDA (2009 e avante)

O apoio do projecto dos MSF em Tete, Angónia e Lichinga será entregue ao Ministério da Saúde em 2010 e 2011. No entanto, os MSF continuarão a estar envolvidos na província de Tete, implementando e acompanhando os grupos comunitários de tratamento ARV. As actividades médicas dos MSF em Chamanculo e Mavalane irão continuar, e os MSF continuarão a trabalhar com o sistema de saúde moçambicano para enfrentar os desafios do futuro. As áreas de foco específicas incluem a melhoria dos serviços de PTV, a integração dos serviços de TB e HIV, a criação de serviços de consulta integrada para mulheres grávidas e a implementação dos novos protocolos da OMS.

#### ISABEL MARIA FRANCISCO, 43

*“O meu nome é Isabel Maria Francisco, tenho 43 anos e sou seropositiva. Há dois anos que trabalho com os MSF como conselheira para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho na cidade de Maputo. No passado, sofri muito com a discriminação na minha comunidade, mas agora as coisas estão a mudar. As pessoas começaram a compreender que o HIV/SIDA pode ser tratado.”*



# Enfrentar o problema do HIV: progresso e inovação

A prevalência do HIV entre a população adulta em Moçambique é estimada em 11,5 por cento, de acordo com um estudo recente do Ministério da Saúde<sup>2</sup>. Embora actualmente não exista cura para o HIV/SIDA, a adesão ao tratamento ARV ajuda a abrandar a progressão da doença até um ponto em que quase não evolui, permitindo que as pessoas vivam mais tempo, com mais saúde. Os programas abrangentes para o HIV/SIDA dos MSF oferecem: Testes de HIV, com aconselhamento pré e pós-teste; o tratamento e a prevenção de infecções oportunistas; o diagnóstico e tratamento pediátrico; a prevenção da transmissão vertical; e o fornecimento de tratamento ARV para pessoas em fases clínicas avançadas da doença. No final de Agosto de 2010, mais de 33.000 pessoas com HIV/SIDA em Moçambique estavam a ser tratadas com a ajuda dos MSF.

## APOIO A CRIANÇAS E MÃES SEROPOSITIVAS

### Prevenção da transmissão vertical (PTV)

A grande maioria das crianças com HIV foram infectadas pelas mães no útero, durante o parto ou durante a amamentação. É fundamental trabalhar para impedir essa transmissão de mãe para filho, mas o acesso ao tratamento de PTV continua extremamente limitado a nível nacional, especialmente nas áreas rurais, onde os partos tradicionais em casa continuam a prevalecer. Os MSF estão empenhados em ajudar o pessoal do Ministério da Saúde a melhorar a qualidade do tratamento de PTV, tendo colocado em prática uma estratégia para melhorar a adesão ao tratamento entre mulheres grávidas seropositivas. Um serviço de consulta integrada tem procedimentos simplificados para as mulheres que fazem a consulta.

### Tratamento

Sabe-se que o tratamento precoce de bebés que nascem com HIV tem um impacto significativo na redução da mortalidade. Um número crescente de bebés e crianças recebem o tratamento ARV em Moçambique. Entre 2003 e 2009, o número de crianças que receberam tratamento ARV aumentou de 300 para 13.510 (representando um aumento de 0,3 para 19 por cento de todas as crianças com necessidade de tratamento)<sup>3</sup>. No entanto, 47.000 de um número estimado de 147.700 crianças infectadas pelo HIV<sup>4</sup> continuavam sem tratamento ARV em 2009. Existe, portanto, muito a ser feito.

### Aconselhamento para crianças

As crianças tratadas pelos MSF têm sessões de aconselhamento, nas quais o seu estado seropositivo é explicado e discutido com sensibilidade. A infecção pelo HIV e as suas consequências também são exploradas através de

sessões de contos de fadas e drama baseadas no folclore local e em animais africanos. As instalações de saúde apoiadas pelos MSF foram tornadas mais agradáveis para as crianças com a introdução de ferramentas educacionais, pinturas coloridas das paredes e recreios. A melhoria da qualidade dos cuidados para crianças facilitou o alargamento do tratamento para este grupo etário.



© Niklas Bergstrand

2 INSIDA, 2009 Relatório Preliminar sobre a Prevalência da Infecção por HIV, Julho de 2010. NOTA: Antes deste estudo, as fontes oficiais estimavam que a prevalência de HIV seria de 16%.

3 UNGASS – United Nations General Assembly Special Session - A Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV/SIDA. Relatório de progresso, 2010. Moçambique

4 Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique. Setembro de 2008.



## GESTÃO DE CO-INFECÇÕES

Os sistemas imunitários enfraquecidos das pessoas seropositivas torna-as mais propensas a infecções “oportunistas”, como a TB, que continua a ser a principal causa de morte das pessoas com HIV. Os MSF apoiam o Ministério da Saúde nas actividades relacionadas com a TB em cinco projectos em todo o país, através do aumento da capacidade laboratorial, do fornecimento de formação e suporte técnico aos profissionais de saúde, bem como da introdução de medidas para reduzir o risco de infecção em instalações de saúde. Os MSF também estão a trabalhar para criar uma sensibilização relativamente à co-infecção de HIV/TB, proporcionando sessões de aconselhamento para discutir a transmissão e os sintomas de HIV/TB e orientando grupos de apoio aos doentes.

Em Angónia, os MSF desenvolveram um modelo no qual membros designados da comunidade são responsáveis por verificar se os doentes com HIV estão a tomar regularmente a medicação para a TB e se o estão a fazer da maneira correcta. Esses membros da comunidade, também conhecidos como “voluntários DOTS”, desempenham uma função de apoio aos doentes com HIV infectados pela TB; são responsáveis por identificar e encaminhar as pessoas com suspeita de infecção de TB para o centro de saúde e também por identificar doentes que possam não estar a aderir ao tratamento. A introdução dos voluntários DOTS significa que os doentes não precisam de visitar os centros de saúde com tanta frequência, reduzindo assim a carga de trabalho nos serviços de saúde e os custos financeiros e económicos para os doentes.

## CAPACITAÇÃO DOS DOENTES E REDUÇÃO DA CARGA DE TRABALHO PARA O SISTEMA DE SAÚDE

Os MSF estão a trabalhar cada vez mais no desenvolvimento de modelos de tratamento em que os doentes recebem as capacidades que lhes permitem ser eles próprios a gerir parcialmente a doença.

No projecto dos MSF em Tete, os doentes são divididos em grupos de cerca de seis, vivendo perto uns dos outros. Em cada mês, o grupo escolhe uma pessoa para ir ao centro de saúde e recolher as novas remessas de medicamentos ARV para o resto do grupo. O representante geralmente aproveita a oportunidade para realizar um exame médico enquanto está no centro. Quando regressa, o representante distribui os medicamentos ARV pelos outros membros do grupo, que confirmam que receberam a medicação através da assinatura de um documento. O representante também verifica se todos os membros do grupo têm

aderido ao tratamento, de modo que essa informação possa ser transmitida ao centro de saúde.

Este modelo de tratamento apresenta uma série de vantagens evidentes. Levou a uma redução da carga de trabalho dos serviços de saúde, uma vez que menos doentes necessitam de fazer fila no centro de saúde para obter a sua medicação. Tem o potencial de facilitar o alargamento do tratamento ARV. Também torna mais simples para os doentes que vivem em áreas remotas obterem as suas novas remessas de medicamentos ARV, uma vez que só têm de pagar o transporte ao líder designado do grupo, e não necessitam de sacrificar um dia de trabalho em cada mês para viajar até ao centro de saúde. Por último, permite que os membros do grupo se apoiem uns aos outros na resolução de problemas relacionados com o estigma associado ao HIV/SIDA. O modelo foi aceite como política nacional pelo Ministério da Saúde e deverá ser introduzido a nível nacional.



© Niklas Bergstrand

**Margarida Smith foi diagnosticada com HIV em 2006 e é líder de dois grupos de doentes.**

*“Moro numa aldeia na periferia da cidade de Tete. As outras pessoas sabem que sou seropositiva, mas não estou preocupada nem com vergonha da minha doença. Os MSF incen-*

*tivaram-me a ajudar outros com HIV. Actualmente, sou líder de um dos grupos de doentes com HIV dos MSF. A minha função é recolher os medicamentos no centro de saúde e distribuí-los pelos outros membros do grupo. Anteriormente, cada membro tinha de pagar 100 meticais para viajar até ao centro de saúde e voltar. Agora, cada membro paga-me sete meticais, e eu levo-lhes os medicamentos até as suas casas. Os doentes do grupo ficam gratos por isso, porque muitos não têm dinheiro suficiente para viajar até ao centro de saúde. É fantástico poder ajudar os outros a cuidar da sua doença. Eu estou a tomar a medicação, mas estou saudável e trabalho como as outras pessoas. Eu desejo que outras pessoas seropositivas se juntem a mim e gozem a vida.”*

## DOENTES PERITOS

Uma série de doentes que demonstraram uma boa adesão ao tratamento e um empenho em ajudar outras pessoas seropositivas têm sido incentivados a ajudar nas áreas da prevenção e da promoção da saúde, identificando doentes com problemas de adesão ao tratamento, fornecendo apoio à adesão e liderando grupos de apoio e sessões educacionais terapêuticas. Estes “doentes peritos” têm desempenhado uma função importante na quebra de tabus e em mostrar que é possível viver uma vida normal como pessoa seropositiva. Têm contribuído para reduzir o estigma que existia à volta da doença nos primeiros anos do tratamento do HIV.

## APOIO PSICOLÓGICO

Os doentes ansiosos ou deprimidos têm muitas vezes dificuldade em adaptar-se e aderir ao tratamento. Para ajudar a combater os efeitos adversos das emoções negativas, os MSF oferecem apoio psicológico aos doentes. Aqueles que sofrem de depressão e ansiedade são acompanhados por um psicólogo e é-lhes oferecida psicoterapia. Os grupos de apoio de doentes, onde as pessoas podem partilhar emoções e experiências com seus pares, também proporcionam um suporte adicional.

## CONSOLIDAR OS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DE SAÚDE

Os MSF desenvolveram o sistema FUCHIA, uma ferramenta de base de dados que permite analisar a coorte de doentes com HIV. Os MSF também desenvolveram um sistema de cartão de adesão que contém os dados pessoais de cada doente como meio para melhorar o acompanhamento de rotina e a identificação dos doentes, bem como identificar áreas problemáticas que possam fazer com que os doentes se atrasem ou abandonem o tratamento.

## REFORÇAR O FORNECIMENTO DE MEDICAMENTOS

Os MSF apoiaram melhorias na cadeia de fornecimento de medicamentos, principalmente através da construção e modernização de edifícios, mas também através da formação do pessoal em gestão de stocks e consumo de medicamentos. Nos casos em que houve falta de medicamentos no sistema nacional, os MSF forneceram apoio na compra de medicamentos e material médico.

## LIDAR COM A ESCASSEZ DE RECURSOS HUMANOS

A fim de enfrentar a escassez de pessoal, os MSF desenvolveram um sistema de rotação de tarefas, em que as tarefas não-clínicas são reatribuídas dos médicos para os enfermeiros e dos enfermeiros para os conselheiros leigos. Isto permite que os médicos se concentrem em fornecer assistência hospitalar aos doentes internados e

casos mais complicados, enquanto supervisionam clínicas através de equipas móveis, e entregam parte da gestão clínica dos doentes aos enfermeiros. Os enfermeiros já não apoiam exclusivamente os médicos, mas são capazes de avaliar independentemente doentes, diagnosticar e tratar as infecções oportunistas e iniciar e acompanhar o tratamento ARV. Os conselheiros leigos são capazes de realizar testes e fornecer aconselhamento, prestar apoio à adesão ao tratamento e ajudar com apoio clínico geral.

Os MSF também desenvolveram uma série de outras abordagens inovadoras, em parceria com o Ministério da Saúde, com o intuito de atrair e manter profissionais de saúde. Estas incluem:

- “Aposentado, mas não cansado”: Este esquema visa reintegrar os enfermeiros e clínicos aposentados no serviço de saúde, com contratos financiados pelos MSF.
- Reduzir o desgaste dos profissionais de saúde: O HIV é uma causa crescente da redução da quantidade de profissionais de saúde. Como resultado, os MSF oferecem tratamento ARV a todos os seus profissionais de saúde infectados com HIV/SIDA.
- Contratos de transição para pessoal recentemente formado: Os membros recentemente formados e membros nomeados muitas vezes têm de esperar até 18 meses para receberem o seu primeiro salário. Os contratos de transição, sob a forma de um adiantamento em dinheiro pelos MSF, significam que o pessoal novo não é obrigado a deixar o seu emprego devido a dificuldades financeiras.
- Pessoal expatriado: Os MSF ajudam a contornar a falta de recursos humanos, empregando pessoal expatriado por períodos de tempo específicos e em localizações específicas. Em 2008, os médicos internacionais representavam mais de 26 por cento de todos os médicos que trabalhavam em Moçambique<sup>5</sup>.

## CONTRIBUIR PARA A POLÍTICA NACIONAL

A colaboração a longo prazo entre os MSF e Ministério da Saúde de Moçambique tem promovido um trabalho conjunto no desenvolvimento de planeamento e de políticas na área do HIV/SIDA e no desenvolvimento de abordagens inovadoras. Através destas colaborações, os MSF têm contribuído para o processo mais amplo do desenvolvimento da política nacional, e também para o desenvolvimento de protocolos clínicos e orientações sobre regimes de tratamento.

Os MSF tiveram uma participação activa em grupos de trabalho técnico, partilhando e discutindo as principais lições aprendidas com outras partes interessadas. Os MSF ajudaram a fundar - e pertencem actualmente ao conselho de administração - NAIMA+, que é uma rede de organizações não-governamentais que trabalham na área da saúde e do HIV/SIDA em Moçambique, e que actua como um elo de ligação entre o trabalho das ONGs e as decisões do governo.

5 Ministério da Saúde de Moçambique, Relatório de Recursos Humanos, Dezembro de 2008





## Desafios restantes para Moçambique

Para além de trazer o HIV/SIDA para o cenário político nacional, os MSF desempenharam um papel importante na exploração de formas inovadoras de fornecer serviços de tratamento de HIV/SIDA abrangentes, em situações de recursos limitados. Na maioria dos casos, as autoridades nacionais e outras partes interessadas reconhecem o impacto positivo dessas estratégias.

No entanto, o modelo de tratamento dos MSF não é uma cura prescritiva para todos os problemas, existindo ainda alguns desafios significativos a enfrentar a nível nacional. Mais de 350.000 pessoas em Moçambique necessitam de tratamento ARV, mas não têm acesso ao mesmo<sup>6</sup>, representando dois terços de todos os moçambicanos seropositivos que não recebem o tratamento de que necessitam.

Abaixo referem-se algumas áreas problemáticas específicas que necessitam de ser abordadas no futuro.

### FINANCIAMENTO

Os MSF começaram a observar recentemente uma inversão preocupante entre a comunidade de doadores internacionais. Após anos de boa vontade política e compromisso financeiro no combate do HIV/SIDA, os doadores estão agora a atenuar, reduzir ou retirar o seu financiamento para o HIV, abandonando, desta forma, aqueles que ainda se encontram fortemente necessitados de tratamento para se manterem vivos. Os doadores têm cada vez mais expressado as suas preocupações quanto ao custo, a sustentabilidade e a prioridade relativa do HIV/SIDA, perante o cenário de uma aparente ausência de fundos.

Este afastamento dos doadores não fará com que os números de pessoas que necessitam de tratamento urgente simplesmente desapareçam. Em vez disso, é provável que aumentem em número, com o conseqüente impacto sobre as famílias, as comunidades e o sistema de saúde como um todo. Sem previsões de financiamento, também não será possível implementar as novas orientações da OMS, que recomendam melhores regimes de tratamento e um início mais antecipado do mesmo.

Prevê-se que a crise económica global, que começou em 2008, resulte numa diminuição do apoio ao orçamento de saúde geral de Moçambique, de 85 milhões de dólares americanos em 2010 para 70 milhões de dólares em 2012, o que certamente terá um impacto sobre os cuidados de saúde e o tratamento do HIV. Apesar de alguns países como a Itália e o Canadá irem aumentar o financiamento para o sector da saúde Moçambique, França e Finlândia, por exemplo, planeiam suspender o financiamento em 2011. O Fundo Global, o maior contribuinte internacional na luta contra o HIV/SIDA, também está a enfrentar uma escassez de financiamento, o que tornará muito mais difícil obter apoio para o aumento do tratamento do HIV<sup>7</sup>. A partir de 2010, os EUA irão diminuir o apoio directo para o tratamento ARV em 15 por cento<sup>8</sup>.

6 Relatório de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA – Iº Semestre de 2010, Junho de 2010 e site da OMS (WHO), [www.who.int](http://www.who.int)

7 Cenário Fiscal de Médio Prazo (CFMP) de Moçambique para 2009-2011 para o sector da saúde, todos os financiamentos incluídos.

8 2009-2014 PEPFAR II Quadro de Parceria, Agosto de 2010

## BARREIRAS AO ACESSO DO TRATAMENTO

As pessoas infectadas pelo HIV continuam a enfrentar grandes obstáculos no acesso aos serviços, mesmo num contexto de tratamento gratuito. Embora os números de Dezembro de 2009 mostrem que todos os distritos do país já têm pelo menos um local onde os doentes podem ter acesso ao tratamento ARV, muitos doentes ainda se deparam com longas e dispendiosas deslocações até à instalação de saúde mais próxima.

A proporção de doentes que não comparece ao tratamento tem de ser reduzida. As principais razões para o abandono do tratamento incluem a falta de tempo do pessoal clínico para fornecer aconselhamento eficaz, o custo das viagens mensais para clínicas distantes e os longos tempos de espera para consultas clínicas e obtenção de medicamentos na farmácia.

## INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS

Os esforços para aumentar o acesso dos doentes ao tratamento e manter e melhorar a qualidade do tratamento são prejudicados pela grave escassez de profissionais de saúde. Com apenas 3 médicos e 143 enfermeiros por cada 100.000 pessoas, Moçambique tem uma das taxas mais baixas do mundo desta força de trabalho por população<sup>9</sup>.

As instalações com falta de pessoal estão sobrelotadas de doentes, os profissionais de saúde são colocados sob pressão, e os doentes acabam por ter de esperar em longas filas de espera. Os baixos salários do pessoal levam à falta de motivação, ao curto tempo de trabalho e ao absentismo frequente. A principal causa do desgaste dos profissionais de saúde é a morte, com uma proporção significativa atribuída ao HIV/SIDA<sup>10</sup>. Para além de aumentar o pessoal de saúde, um desafio para os próximos anos será a implementação de medidas tais como a delegação de tarefas entre o pessoal, a fim de otimizar a utilização dos recursos disponíveis.

## DISPONIBILIDADE E AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Os medicamentos ARV são fornecidos pelo Ministério da Saúde em mais de 220 centros de saúde. A aquisição de medicamentos continua a ser uma das principais deficiências do sistema público de saúde de Moçambique, que afecta os serviços de HIV/SIDA. As principais causas são encomendas inadequadas, atrasos na cadeia de aquisição e verificação, e pessoal e infra-estruturas insuficientes. Por exemplo, desde 2008 que existem atrasos significativos no desembolso dos fundos provenientes do Fundo global, que resultaram em rupturas de stock e atrasos na aquisição de medicamentos.

## RESISTÊNCIA AOS MEDICAMENTOS CONTRA A TB

Cada vez mais pessoas com HIV/SIDA estão a contrair formas de TB resistentes aos medicamentos, seja como resultado da falha do tratamento ou por entrar directamente em contacto com a forma resistente da bactéria da TB. O

aumento rápido de estirpes resistentes aos medicamentos, especialmente no sul da África, é a principal causa para alarme. Uma pesquisa de 2007 mostrou que a prevalência de TB resistente a vários medicamentos em Moçambique é de 3,4% entre os casos novos e de 12,5% entre os casos de re-tratamento<sup>11</sup>. O aumento de estirpes resistentes aos medicamentos constitui um problema grave devido à falta de disponibilidade de tratamento e diagnóstico, aos procedimentos de tratamento complicados, aos medicamentos dispendiosos e a graves efeitos secundários que resultam frequentemente do facto de os doentes falharem o tratamento.

11 Documento da OMS: "Country Cooperation Strategy: República de Moçambique 2009 - 2013 (Estratégia de cooperação com o país: República de Moçambique 2009 - 2013)



**LUÍS JÚNIOR MARIQUELE, 38**

Luís Júnior Mariquele é um moçambicano de 38 anos de idade que vive em Mateque, na província de Maputo. Mariquele e a sua mulher são ambos seropositivos, e têm vindo a receber tratamento ARV através dos MSF

durante os últimos oito anos. Luís lembra-se como era a sua vida antes de iniciar o tratamento ARV:

*"Ficava doente com frequência e perdia muito peso. Uma vez, passei cinco dias no Hospital Central de Maputo. Nem conseguia falar – estava inconsciente. A minha família pensou que eu estava morto, mas o médico verificou que eu ainda estava vivo, porque o meu coração ainda estava a bater", diz Luís.*

Mas tudo mudou quando o médico o colocou em tratamento ARV.

*"Os medicamentos anti-retrovirais mudaram a minha vida de negativa para positiva. Sem eles, eu não estaria neste planeta. Eu não tive um único problema de saúde grave desde que comecei a tomá-los. Eles salvaram a minha vida", diz ele.*



**JOSÉ CARLOS, 44**

*"O meu nome é José Carlos e tenho 44 anos. Fui diagnosticado como seropositivo em 2008. No mesmo ano, comecei o tratamento anti-retroviral (TARV) no Centro de Saúde de Malhangelene. Antes de iniciar o tratamento, costumava sentir-me fisicamente fraco e cansado. Actualmente, tenho uma vida activa normal. Eu penso que é importante que as pessoas saibam que as pessoas seropositivas podem trabalhar e praticar desporto como eu faço."*

9 OMS, Relatório Mundial da Saúde, 2006

10 MSF, Help Wanted report (Relatório de Emergência), 2007



# Conclusão

A actual situação em Moçambique é muito diferente da de há dez anos, quando os MSF começaram a tratar doentes com HIV no país. O custo dos medicamentos contra o HIV diminuiu consideravelmente, o número de pessoas em tratamento está a aumentar diáriamente, a qualidade do tratamento e dos cuidados está a melhorar, e há menos estigma associado à doença.

No entanto, ainda restam muitos desafios. Dois terços dos moçambicanos que necessitam de tratamento ARV ainda não conseguem obter os medicamentos que poderiam salvar as suas vidas. Apesar de os MSF irem entregar algumas das suas actividades do projecto às autoridades locais de saúde no futuro próximo, os MSF permanecerão em Moçambique e continuarão a trabalhar com o sector de saúde moçambicano para enfrentar os muitos desafios que se encontram pela frente.



