

## Prefácio

Esta é a segunda publicação que os Cadernos da Cooperação Italiana apresentam. Assim, o presente volume também se afigura como uma contribuição para o aprofundamento num sector, o da Saúde, e numa área, a da Hiv/Sida, que ainda necessita de muitos estudos, pesquisas e debates para enfrentar e talvez travar a evolução da pior epidemia de todos os tempos modernos. A presente avaliação sobre os Padrões de Atendimento da SIDA é justificada pela história desta doença em Moçambique e pela falta de informação que existia na altura (finais de 2001) em que foi pensada e definida.

As etapas de alastramento da SIDA em Moçambique marcam algumas importantes diferenças em relação aos países confinantes. Com efeito, a guerra civil, terminada em finais de 1992, produziu um certo isolamento, impedindo a circulação de fora para dentro do País, (com a excepção importante de alguns contingentes militares Zimbabwuanos e Tanzanianos). Como resultado, Moçambique registou uma seroprevalência do vírus HIV menor que a de outros países da região ao longo da década de Oitenta e até meados dos anos Noventa. Com o fim da guerra, o regresso de centenas de milhares de refugiados vindos do Malawi, Zimbabwe, Zâmbia e Tanzânia - regiões gravemente atingidas pelo vírus - provocou um rápido aumento da infecção, especialmente nas províncias fronteiriças (Tete, Manica, Sofala), que hoje resultam como as mais afectadas.

Infelizmente, devido à extrema pobreza e à fragilidade do seu sistema de saúde, o País não conseguiu aproveitar as experiências, positivas ou negativas, de Países atingidos anteriormente, como Uganda e Zimbabwe.

O estudo sobre os efeitos da SIDA no serviço nacional de saúde é um estudo piloto sob muitos aspectos: na altura da sua formulação, embora existisse uma evidência anedótica de que a competência do pessoal em termos de diagnóstico e tratamento dos casos e de que os meios a disposição eram inadequados, não estavam determinados com suficiente precisão os limites na preparação dos profissionais de saúde e as necessidades de meios e equipamentos.

Consequentemente tratava-se de arquitectar uma análise de "largo espectro" e de carácter descritivo, ideada para oferecer indicações e preparar a base para uma série de investigações voltadas a questões mais específicas e ainda a serem delineadas, tais como as análises de custo ou estudos de casos.

O estudo tinha como objectivo adquirir uma informação geral sobre o impacto da SIDA na prestação dos serviços de saúde, ao nível primário e secundário do atendimento, e sobre a qualidade no tratamento de doentes, tendo em conta principalmente factores como a bio-segurança (asepsia, esterilização, desinfectação), os padrões de prescrição e internamento (antibióticos prescritos, tempo médio de internamento), o impacto da SIDA entre os trabalhadores de saúde.

As conclusões apresentadas neste sumário (o relatório integral pode ser consultado junto ao Gabinete da Cooperação Italiana de Maputo) implicam as seguintes necessidades:

- Mudar a política em relação à testagem diagnóstica aumentando substancialmente a disponibilidade de HIV/testes.
- Integrar os sub-sistemas informativos relevantes com vista a obter uma notificação fidedigna e útil para a gestão.
- Disponibilizar mais fármacos antioportunistas e paliativos e possibilitar a prescrição destes fora das grandes Unidades Sanitárias.
- Elaborar planos provinciais e regionais de reposição dos quadros de saúde.
- Considerar, dentro dos pacotes de tratamentos integrados aos PVHS, a oportunidade de potenciar a rede periférica.

O estudo lembra-nos que ainda existe um longo caminho a ser percorrido no sentido de que todos os actores sejam envolvidos para desenvolver um plano de acção eficaz contra a SIDA.

A validade destas inferências é testemunhada hoje por um plano estratégico, aprovado pelo Conselho de Ministros moçambicano, para sustentar o sector saúde nas prestações de serviços integrados aos doentes HIV/SIDA, que leva em conta e considera centrais os pontos acima mencionados.

A introdução de medicamentos antiretrovirais no País tornar-se-á efectiva só quando se obtiverem condições clínicas, laboratoriais e de distribuição de medicamentos satisfatórias, isto implica uma melhoria das prestações dos serviços públicos de saúde em geral e não só limitadamente ao tratamento da SIDA. Em caso contrário, poderá haver efeitos colaterais graves para o sistema, com tratamentos mal feitos, doentes monitorados não oportunamente, desvio de medicamentos, abandonos e, por fim, aumento da resistência farmacológica e da difusão da doença.

**GIULIO BORGNOLO**  
**( Assessor para o Sector de Saúde do**  
**Gabinete Técnico de Cooperação da**  
**2 Embaixada da Itália)**

## **Os autores**

### **R. Scuccato**

Em Moçambique desde de 1978, mestre em Saúde Pública (Londres). Trabalhou como médico em diferentes Unidades do Centro e do Norte do País. Ocupa-se de formação desde a primeira metade dos anos Oitenta. Autor de supervisões e avaliações em diversas áreas para o Ministério da Saúde. Trabalhou também em Angola.

### **G. Machatine**

Actualmente é Directora da Administração e Gestão do MISau, mestre em Saúde Pública (Copenhague). Foi Directora na área da Saúde da Província de Maputo. Tem desenvolvido diferentes encargos de gestão e supervisão para o MISau.

### **Mussa I. Hagy**

Laureato in Medicina a Cuba, foi Médico Chefe Distrital em Caia e Director Clínico do Centro de 1998 a 2000. Dal 2001 é Medico Chefe da cidade de Beira e nel 2002 foi nomeado assessor Provincial do Programa das DTS/HIV SIDA.

### **J. A. Daria**

Responsável pela Secção de Educação e Saúde, da Repartição de Saúde da Comunidade, na Direcção Provincial de Sofala. Coordenador e facilitador nas áreas de DTS/HIV/SIDA, tem organizado e participado de várias iniciativas na área de formação e educação para a Saúde.

### **F. Vio**

Presente em Moçambique desde 1983, mestre em Saúde Pública (Londres), trabalhou em diferentes Unidades de Saúde. Desde 1989 colabora nos órgãos centrais da Saúde. Trabalhou em Saúde Materno-infantil, Prescrição Racional de Medicamentos, Planeamento e Formação dos Recursos Humanos.

### **G. Borgnolo**

Responsável do Programa, médico pediatra, mestre em Saúde Pública (Liverpool/Antverbis), autor de diversas publicações científicas. Trabalhou como médico junto ao Hospital Central de Maputo por volta de 1990.

<p><b>A responsabilidade das opiniões expressas nos Cadernos são inteiramente dos seus autores e não reflectem necessariamente o ponto de vista da Cooperação Italiana.</b></p>
---

Os Cadernos encontram-se disponíveis também em suporte electrónico no sito internet [www.italcoopmoz.org](http://www.italcoopmoz.org)

# O IMPACTO DA SIDA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE EM MOÇAMBIQUE RESULTADOS DE UM ESTUDO PRELIMINAR

## SUMÁRIO

1.	Introdução.....	5
2.	Metodologia .....	6
3.	Resultados.....	8
4.	Discussão e Conclusões .....	17
5.	Recomendações .....	23
	Bibliografia .....	25
	Anexo: Notas das Entrevistas	

## 1. Introdução

Em finais de 2001, cerca de 40 milhões de pessoas no mundo viviam com o HIV/SIDA: 70% destes indivíduos provinham da África subsaariana, onde vive 10% da população mundial.

O impacto devastador desta epidemia é provocado pela sua capacidade de minar os três maiores factores determinantes do desenvolvimento: o factor físico, o humano e o do capital social. Estima-se que o HIV/SIDA tenha reduzido a taxa de renda per capita de quase 1% ao ano.<sup>i</sup> Moçambique ocupa o 7º lugar entre os Países mais afectados pelo SIDA, com uma prevalência, em 2002, de 13% entre os adultos de 15-49 anos. No mesmo ano, estimava-se que 1.264.000 de indivíduos fossem HIV-positivos (80.000 dos quais, crianças). No total, houve cerca de 60.000 óbitos.

Em Sofala, na região central do País a prevalência era de 18.7% em 2002. Havia 153,244 pessoas com HIV (12% do total), colocando a província em segundo lugar quanto ao número de afectados, com cerca de 10.000 doentes e mais de 9.000 óbitos.

Dar assistência de saúde a esta enorme massa de pessoas significa antes de tudo reconhecer tempestivamente os sinais da SIDA, garantir o tratamento adequado das doenças oportunistas, evitar ulteriores exposições ao vírus, fornecer toda a informação necessária para o doente cuidar de si e dos seus familiares, manter um apoio psicológico e social estável. São tarefas complexas para um sistema de saúde que sofre de falta de medicamentos e de recursos humanos suficientes e qualificados, de escassez de fundos adequados para necessidades mínimas e falta de informações fidedignas. A introdução em grande escala do tratamento anti-retroviral vitalício levará a um aumento do peso da SIDA para os serviços de saúde, numa forma ainda pouco previsível.

Enquanto a situação em Moçambique está num processo de mudança contínua, a literatura internacional oferece muito poucos estudos sobre o impacto da SIDA nos sistemas de saúde. Em 2002, a Cooperação Italiana financiou um estudo sobre os efeitos da SIDA no Serviço Nacional de Saúde (SNS). Este inquérito, conduzido dentro das estruturas do SNS da Província de Sofala teve como objectivos:

- detectar e quantificar os sinais de impacto nas Unidades Sanitárias (USs) em relação às actividades e recursos utilizados,
- descrever a qualidade dos cuidados prestados,

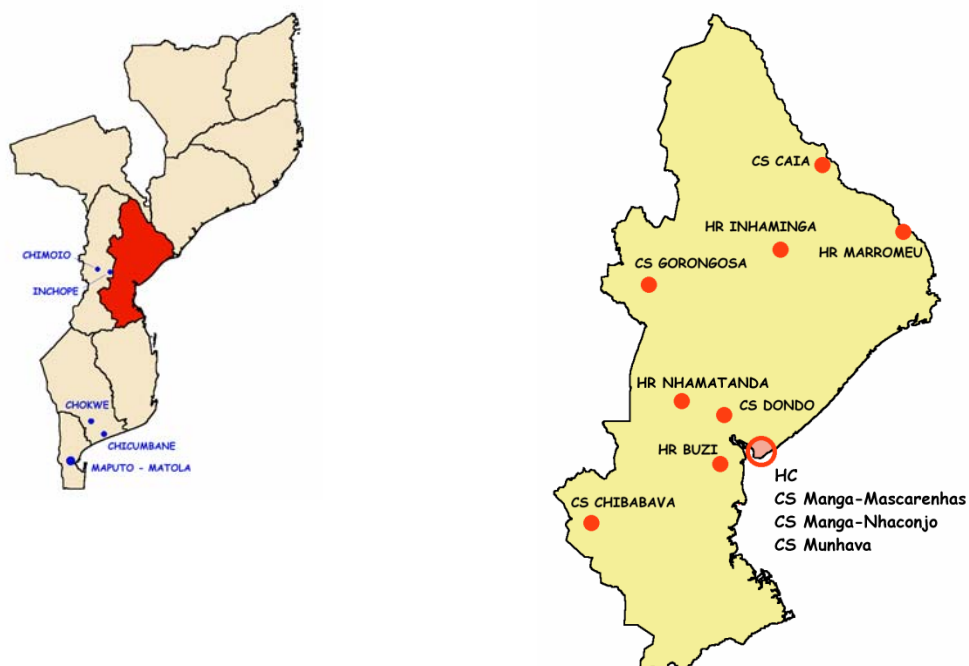
- medir as perdas e os outros efeitos da SIDA sobre a força de trabalho na Saúde,
- avaliar preliminarmente as novas experiências que surgiam como resposta à epidemia.

Foi um trabalho pioneiro sob muitos aspectos e, devido à falta e de informações, foi mais útil para focalizar melhor os problemas do que para esclarecer as respostas. Esta apresentação resume os pontos mais interessantes do estudo, levando em conta também informações mais actualizadas sobre a SIDA, além de experiências em outros países e políticas de saúde em fase de elaboração.

## 2. Metodologia

O Estudo foi realizado em Sofala, de Março a Junho de 2002. As informações foram recolhidas também na cidade de Maputo, além de Chimoio (Manica), Chicumbane (Gaza) e Chokwé (Gaza). A província de Sofala foi escolhida porque a sua rede sanitária reflecte, de forma aproximada, aquela do País todo: existe um grande Hospital Central, um bom número de Hospitais Rurais (HR) (4) e uma constelação de Centros e Postos de Saúde (CS e PS) de dimensões variadas. O ambiente urbano (como a cidade da Beira) e o meio rural são igualmente representados. Há um importante corredor rodoviário mas há também zonas remotas e subdesenvolvidas.

### *Moçambique e Província de Sofala*



A notificação dos casos de SIDA entre 1995 e 2001 registada pelos dois sistemas de informação oficiais (o SIS, que reporta os indicadores gerais do sector saúde a partir de dados colhidos de rotina em todas as USs de nível I e II e o Sistema de Vigilância Epidemiológica relativo às doenças infecto-contagiosas) foi comparada com os casos reportados na Província de Sofala e nas principais USs. Estes dados foram avaliados na base dos casos esperados a partir da taxa de prevalência da Província. Esta foi calculada retrospectivamente a partir da estimativa de 2002 e da população residente anual referida pelo INE. Nas USs os dados dos casos notificados foram comparados com a informação presente nos livros de registo dos doentes internados.

O impacto sobre o sistema de saúde foi considerado indirectamente, levando em conta a evolução da tuberculose - doença relacionada à SIDA, para a qual existe uma informação completa e fidedigna -, a variação nas taxas de hospitalização, a letalidade intra-hospitalar, o tempo médio de internamento e o número de consultas externas no Hospital Central da Beira (HCB).

Foi feita uma investigação qualitativa para avaliar os padrões de atendimento e prescrição no Hospital Central da Beira (HCB), em 4 Hospitais Rurais (HR), 4 Centros de Saúde (CS), em sedes distritais e 3 CS urbanos. Uma amostra aleatória de 80 processos foi analisada para verificar o custo em medicamentos dos doentes com SIDA internados no HCB.

Foi realizada uma avaliação qualitativa das novas experiências dirigidas a pessoas vivendo com HIV/SIDA, a partir da recolha sistemática da informação em 12 centros especializados para o efeito.

Foram pesquisados e analisados os óbitos entre o pessoal de saúde de Sofala no período 1997-2001, à luz dos dados gerais do País e das estimativas teóricas das perdas por SIDA condidas no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos (PDRH) 2001-2010.

Foram entrevistados 88 trabalhadores da Saúde em Sofala (10% do pessoal técnico) em relação à formação contínua específica recebida e às atitudes e comportamentos perante os doentes com HIV-SIDA.

Por fim, 153 profissionais de saúde, 21 professores e 201 estudantes finalistas nas escolas de formação (no total 375 indivíduos) foram avaliados mediante um teste de múltipla escolha, relativo aos conhecimentos sobre a SIDA.

### 3. Resultados

#### *Informação sobre a SIDA*

As tabelas 1 e 2 ilustram o registo dos casos de SIDA a nível central, provincial e distrital. No período 1995-2001, resultavam no Ministério da Saúde (MiSau) cerca de 1/3 dos casos registados na DPS de Sofala e nunca foram registados da DPS mais de 13% dos casos esperados anualmente (tabela 1). Em 8 das maiores Unidades Sanitárias da Província (excluindo o HCB) foram notificados 175 casos em 2001, mas o inquérito documentou 231 casos (tabela 2); as diferenças são muito maiores quando se analisam separadamente as notificações de cada distrito, tanto para sobrenotificações quanto para subnotificações. Assim, toda a distribuição territorial dos casos resulta divergente, de acordo com a fonte de informação.

**Tabela 1. Notificações de SIDA em Sofala, de acordo com a fonte. Dados nacionais, provinciais e casos esperados, 1995-2001.**

Fonte	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Cumulativo
MiSau	52	0	45	124	218	988	161	1701
DPS	197	139	463	560	1067	1183	1051	4660
Casos esperados	-	-	7790	8190	8607	9041	9492	-

Fontes: MISAU/DNS-Epidemiologia; DPS-Sofala, Programa DTS/SIDA. Casos esperados 1997-2001. Estimativa baseada no cálculo retrospectivo da seroprevalência (dados da população do INE).

**Tabela 2. Casos notificados e casos constatados nas USs da Sede Distrital – Sofala, 2001, 8 distritos**

US	Notificado	Constatado
HR Buzi	0	33
HR Marromeu	31	29
HR Inhaminga	17	5
HR Nhamatanda	36	30
CS Dondo	5	56
CS Chibabava	0	40
CS Gorongosa	14	19
CS Caia	72	19
<i>Total</i>	<i>175</i>	<i>231</i>

Fonte: NEPs distritais

Em todo o País, em 2002 a Região Centro notificou menos de 4% dos casos esperados.

As estatísticas oficiais do Banco de Sangue do HCB indicam um total de 780 casos “clínicos” na Cidade da Beira em 2001, mas o estudo evidenciou mais de 1.400 casos e mesmo este é um valor bastante subestimado.

Nas principais USs da província e com base nos dados do Sistema de Informação de Saúde (SIS), a SIDA é uma causa importante de internamento e óbito, com destaque para Chibabava, Nhamatanda e Dondo (40, 44 e 56 casos de óbitos respectivamente, em 2001), com taxa de letalidade entre 10 e 36%. O impacto sobre os Dias de Cama Ocupada (DCOs) é modesto, pois os internamentos são breves e, sobretudo, porque há o subdiagnóstico/subregisto, mesmo de SIDA clínico, na base dos critérios de Bangui. A SIDA pediátrica não foi diagnosticada fora do HCB.

### *Tuberculose e SIDA*

A tuberculose pulmonar teve desde 1996 a 2001 um aumento de notificações, em particular:

	Total	Cidades	Prevalência HIV (2001)
Região Sul	+ 18%	+ 33%	13.2
Região Centro	+ 12%	+ 33%	16.5
Região Norte	- 5%	- 11%	5.7
País	+ 10%	+ 28%	12.2

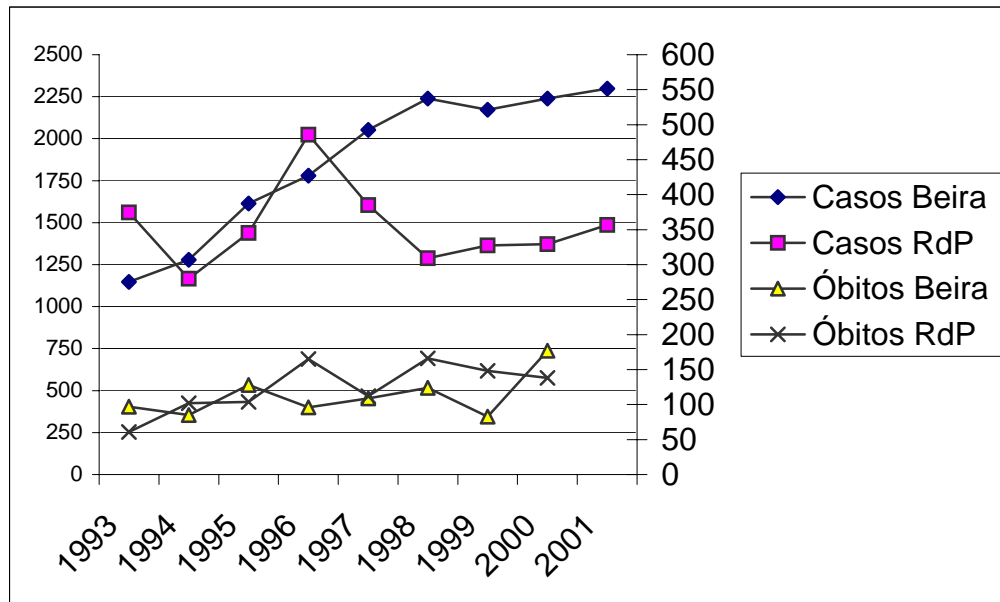


Figura 1. Casos e óbitos por tuberculose, 1993-2001. Beira e Resto da Província (RdP). Fonte: ELAT.

Embora a escala de incremento seja modesta, estes aumentos são consistentes com as taxas de seroprevalência por região.

Os dados da tuberculose da Cidade da Beira evidenciam um aumento de casos de 100,3% no período 1993-2001, sem que tenha havido expansão significativa da rede sanitária. A incidência de casos notificados em área urbana é de 450/100.000 habitantes em 2001, contra uma média nacional de 254/100.000.

### *A SIDA no HCB. Diagnósticos e impacto geral no internamento*

As tabelas 3 e 4 mostram a notificação de SIDA no HCB, de acordo com a classificação internacional. Há um aumento brusco da epidemia em 1997, alcançando-se um aparente *plateau* em 1999: de facto, o *plateau* provavelmente é devido à redução de diagnóstico por falta de testes. O fenómeno é muito evidente na pediatria. Onde, aliás, a diminuição dos diagnósticos de SIDA em 2001 é um artefacto. A letalidade intra-hospitalar dos casos detectados de SIDA sobe progressivamente até valores à volta de 45%. A nível nacional, o registo de casos de SIDA nas unidades de internamento começa a aumentar rapidamente a partir de 1998.

**Tabela 3. A SIDA no HCB. 1996-2001. Casos internados**

<b>SIDA como "doença principal" e "doença associada"</b>						
	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Alta total	37	268	375	950	987	929
Altas pediátricas	3	10	38	204	238	89
Óbitos totais	11	89	153	419	455	398
Óbitos pediátricos	2	8	17	85	84	42
Taxa de let. Total	30%	33%	41%	44%	46%	43%
Taxa de let. ped.	67%	80%	45%	42%	35%	47%

Fonte Dep. de Estatística do HCB, de acordo com a classificação internacional

**Tabela 4: Alguns indicadores das Medicinas e Tisiologias do HCB, 1996-2001**

	<b>Altas</b>	<b>Óbitos</b>	<b>Taxa de Letalidade</b>	<b>DCOs</b>	<b>TMI</b>
<b>1996</b>	2102	405	19.3%	26366	12,5
<b>1997</b>	2787	587	21%	39213	14,1
<b>1998</b>	3505	653	18.6%	35839	10,2
<b>1999</b>	4504	896	19.9%	44214	9,8
<b>2000</b>	4544	1152	25.3%	51349	11,3
<b>2001</b>	4358	1127	25.9%	46223	10,6

Fonte: Departamento de Estatística do HCB

As altas e os DCO's no HCB aumentaram respectivamente de 107% e 75% entre 1996 e 2001 (tabela 4), sendo acompanhados por um aumento da letalidade e por um Tempo Médio de Internamento (TMI) substancialmente estável.

No HCB houve um aumento de letalidade, entre 1996 e 2001, para outras patologias de adultos possivelmente associadas com SIDA, como a pneumonia (passa de 16 a 28%) e malária (passa de 8 a 16%). A letalidade geral nas Medicinas sobe de 19 para 26%. No conjunto das enfermarias de Medicina e Pediatria do HCB, 10% dos DCOs são associados ao diagnóstico de SIDA. Nas Medicinas há um crescimento constante da Taxa de Ocupação Camas (TOC), de 42% em 1996 a 73% em 2001.

### *Aspectos qualitativos do internamento*

Os padrões de atendimento e prescrição no internamento de casos de SIDA nas principais USs da Província<sup>1</sup> mostraram condições de hospedagem dos doentes desconfortáveis, sob os aspectos de privacidade, higiene e limpeza.

Os laboratórios clínicos trabalhavam abaixo do padrão estabelecido conforme o nível<sup>ii</sup> e eram subtilizados (tabela 5).

O teste para HIV faltava em 5 USs das 9 visitadas. Em 3 era impossível transfundir sangue, 2 destas sendo HR com actividade cirúrgica. Numa US utilizavam-se reagentes vencidos há mais de 1 ano. Devido à falta de testes-HIV e pelos conhecimentos clínicos insuficientes, havia subdiagnósticos de casos; em alguns casos, ao contrário, mas pelas mesmas razões, havia tendência ao sobrediagnóstico.

Em duas USs a geleira para conservar o sangue tinha temperaturas perigosamente elevadas, e em quase todas faltava o gráfico de controle e/ou o termómetro interno. Só o HCB trata correctamente o lixo biológico. Havia falhas difusas na esterilização, particularmente nos CS, mas também num HR (Inhaminga). O material descartável era fornecido com irregularidade, devendo as US voltar periodicamente ao uso de material reesterilizável.

As normas de tratamento das infecções oportunistas não eram conhecidas e a terapia para estas condições não era aplicada correctamente. Havia pouca integração entre o sector da tuberculose e os sectores de internamento, portanto, o atendimento de doentes com SIDA e tuberculose era por vezes inadequado. Os clínicos não se responsabilizavam pela informação sobre o estado HIV aos doentes, alegando que era um assunto de "aconselhamento", a ser tratado nos Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATVs).

---

<sup>1</sup> HCB, CS de Chibabava, HR de Buzi, CS de Gorongosa, HR de Marromeu, CS de Caia, HR de Inhaminga, HR de Nhamatanda, CS de Dondo, CS de Manga-Nhaconjo (Beira), Manga-Mascarenhas (Beira) e Munhava (Beira).

**Tabela 5. Quadro resumo de actividades e produtividade de alguns laboratórios**

<b>US</b>	<b>Quadros de Laboratório afectos</b>	<b>Total análises executadas em 2001</b>	<b>Produtividade análises / quadro de laboratório</b>
Chibabava	1 Agente 1 Microscopista	5.375	2.687
Buzi	1 Técnico 2 Agentes	12.150	4.050
Gorongosa	1 Técnico 1 Microscopista	10.738	5.369
Marromeu	1 Técnico 1 Microscopista	16.570	8.285
Caia	1 Agente	22.810	22.810
Inhaminga	1 Técnico 1 Microscopista	10.280	5.140
Nhamatanda	1 Técnico 1 Agente 1 Microscopista	36.881	12.294*
Dondo	2 Microscopistas	21.496	10.748
HCB**	1 Médico Analista Bioquímico 4 Técnicos 10 Agentes 6 Microscopistas	107.836	5.135

\* A sobrecarga de trabalho é muito maior que a denunciada por este indicador, devido aos graves problemas de absentismo que caracterizam o laboratório desta US

\*\* Não inclui o pessoal do Banco de Sangue.

A situação dos medicamentos foi analisada mais detalhadamente. Com excepção do HCB, havia falta de antifúngicos para tratamento de micoses sistémicas. Em 2 USs havia rupturas múltiplas de stock de medicamentos básicos. A falta de analgésicos maiores para o tratamento paliativo dos casos avançados de SIDA era generalizada. Os gastos de medicamentos do HCB aumentaram em relação a fluidos endovenosos, antituberculosos, clorfeniramina, metronidazol, ketoconazol. No caso dos fluidos e do ketoconazol, o ónus financeiro era importante (tabela 6 a,b).

Numa amostra de 80 processos clínicos verificou-se que no HCB o custo em medicamentos para doentes com SIDA é 3 vezes maior que o custo dos controlos (30 a 10 USD a preços de 1992). 76% dos gastos são para fluidos endovenosos e antibióticos, dos quais, 9% "medicamentos anti-oportunistas" não antimicrobianos (basicamente ketoconazol).

**Tabela 6.a. Distribuição de alguns medicamentos (via clássica) pela rede sanitária de Sofala no período 1999-2001.**

<b>Medicamento</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Paracetamol comprimidos	1.407.000*	2.556.810	3.009.000
Cotrimoxazol comprimidos	1.556.000	1.765.500	1.788.000
Cloroquina comprimidos	1.367.000	2.739.000	2.863.000
Fansidar comprimidos	67.600	18.000	118.000
AAS comprimidos	1.515.000	2.695.000	3.081.000
Quinina comprimidos	3.720	1.280	8.320
Clorfeniramina comprimidos	374.000	455.000	296.000
Nistatina gel oral	1.900	-	-
Ketoconazol	4.150	-	-
Petidina ampolas	100	1020	540
Morfina ampolas	200	-	-

Fonte: Depósito Provincial de Medicamentos da DPS-Sofala

\* Os números são as unidades de cada preparação.

**Tabela 6.b. Valor monetário dos medicamentos da via clássica consumidos no HCB, período 1999-2001 (todos os medicamentos)**

	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Valor gasto MMT	7.330.784.000	4.848.059.000	5.503.683.538

Fonte: Farmácia do HCB

#### *Perdas do pessoal por SIDA*

As perdas anuais por óbito do pessoal de saúde devido a todo tipo de causa - apesar de uma muito provável subnotificação a nível central – mostraram, no período de 1995 a 2001, um crescimento de 24 para 121. Os óbitos registados na província de Sofala (tabela 7), devidos a todo tipo de causa, mostram um crescimento estável a partir de 1997.

**Tabela 7. Óbitos do pessoal de saúde de Sofala, 1997-2001**

	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>
Óbitos totais	28	26	31	40	46
Pessoal	1867	1857	1937	1905	1918
Taxa de óbitos	1.5%	1.4%	1.6%	2.1%	2.4%

Fonte: DPS-Sofala, Departamento de Recursos Humanos

Em 7 USs foram investigados todos os óbitos de trabalhadores em 2001, tendo-se obtido uma taxa de óbitos por SIDA de 1.5%. A projecção deste valor limitadamente a quadros técnicos daria uma perda

de 135-180 profissionais só por SIDA entre 2002 e 2010 (para além de todas as outras perdas). Um inquérito contemporâneo independente<sup>iii</sup> estimava que, no HCB, 40 enfermeiros num total de 226 já estivessem com SIDA. A carga de trabalho por profissional de saúde nas medicinas estimou-se à volta de 23.000 UAs/ano.<sup>2</sup>

### *Atitudes, conhecimentos, comportamento do pessoal de saúde*

Em relação a atitudes e comportamentos, os 88 trabalhadores entrevistados em Sofala mostraram-se muito apreensivos quanto a biossegurança (85%) e sentiam-se desgastados psicologicamente (70%). Havia pedidos de acesso ao Tratamento anti-retroviral (TARV, 19%) e de maior disponibilidade de material descartável (19%). Só 19% dos trabalhadores reconheceu a necessidade de abordar os doentes em termos de aconselhamento. Cerca de 2/3 declararam nunca terem sido alvo de acções formativas sobre SIDA. As categorias mais ignoradas eram as de nível inferior. Os seminários de curta duração – com enfoque preventivo, sobre a transmissão e o tratamento das Doenças de Transmissão Sexual (DTS) – constituíam 84% das acções formativas.

Em relação aos conhecimentos e atitudes sobre SIDA dos trabalhadores, docentes das Instituições de Formação (IdFs) e finalistas de cursos de saúde e, com base no teste, resultou o seguinte:

- entre quadros elementares e superiores a percentagem de respostas correctas variava de 40 a 58%. Houve sobreposições, com quadros de nível inferior que “sabiam mais” sobre SIDA que os quadros do nível a eles superior. As pontuações mais baixas foram encontradas nos enfermeiros básicos e de Saúde Materno-Infantil (SMI), particularmente no HCB.
- entre todos os cursos havia diferenças de aproveitamento de 43 a 62%.
- os docentes tiveram um nível de aproveitamento médio de 51%, inferior ao aproveitamento médio de vários cursos.

Em relação a temas específicos, salienta-se que:

- 36% conheciam correctamente a transmissão vertical. As enfermeiras de SMI mostravam conhecimentos inferiores à média, ignorando que é no parto que há maior risco de transmissão e que a transmissão vertical é frequente.

---

<sup>2</sup> As UAs (Unidades de Atendimento) são um indicador de produtividade utilizado em Moçambique. Uma UA é igual a 10 minutos de trabalho, considerado o tempo necessário para uma consulta externa de boa qualidade. Um dia de internamento vale 9 UAs. Estima-se que um número maior que 12.000 UAs por ano por trabalhador constitua uma carga excessiva de trabalho, sobretudo numa US de nível quaternário, onde a qualidade dos cuidados de saúde deveria ser mais diferenciada.

- Só 10% dos trabalhadores reconhecia que a SIDA nos funcionários de saúde fosse adquirida principalmente por via sexual. Quase 90% atribuiu a transmissão a acidentes profissionais.
- Só 11% explicava a mais alta seroprevalência nas mulheres jovens em termos anátomo-fisiológicos e epidemiológicos correctos. Uma alta proporção de respondentes atribuiu à prostituição feminina este facto.
- 30% conheciam as correctas indicações duma transfusão.
- 50% ignorava que uma pessoa HIV+ (doente ou trabalhador) não deveria ser exposta a um ambiente hospitalar contaminado pelo Bacilo de Koch (BK).
- Quase 100% ignorava o uso do cotrimoxazol no tratamento das diarreias crónicas dos pacientes com SIDA.
- Só 14% identificava correctamente medicamentos relevantes e irrelevantes no tratamento paliativo de SIDA: muito frequentemente eram descartados analgésicos estupefacientes e até menores, como AAS e paracetamol.
- 25% afirmava que a responsabilidade de informar o doente sobre o estado HIV fosse do clínico que formula o diagnóstico: quase todos os restantes julgavam que este assunto fosse da competência do “aconselhamento”.

#### *As novas iniciativas de prevenção e combate à SIDA*

A tabela 8 resume os resultados da avaliação preliminar de novas experiências dirigidas a Pessoas Vivendo com HIV/SIDA.

As principais constatações acerca das “experiências inovadoras” foram:

- tratava-se de iniciativas recentes, 12 em 13 eram urbanas, 12 em 13 eram muito dependentes de recursos externos e 12 em 13 eram ligadas ao Sector Público.
- os custos por Unidade de Serviço eram diferentes, em alguns casos muito altos, particularmente com o TARV, DTS e cuidados domiciliários profissionais.
- a cobertura era baixa para o Hospital de Dia e Serviços Domiciliários.
- os padrões qualitativos eram na maioria dos casos bons, ou difíceis de avaliar por falta de padrões e protocolos de conduta, como no caso da assistência domiciliária.

**Tabela 8. Comparação de algumas experiências de atendimento a PVHS.**

<b>Nome da experiência</b>	<b>Actividade principal</b>	<b>Volume anual de actividade principal</b>	<b>Custo recorrente anual estimado</b>	<b>Custo unitário por actividade principal</b>	<b>Rubricas mais relevantes</b>
<b>HDD Maputo</b>	Consulta	2.500 consultas	Informação não colhida	Informação não colhida	Informação não colhida
<b>AMODEFA, MP</b>	Assistência no domicílio	2.000 visitas 200 doentes atendidos	40.000 USD	<i>200 USD por doente atendido/ano, ou 20 USD/visita</i>	Salários Transporte
<b>Clínica de DTS, Matola</b>	Consulta de DTS	250 consultas	12.000 USD	<i>45 USD/consulta</i>	Salários
<b>Casa da Alegria, MP-Hulene</b>	Internamento de doentes com SIDA	300 internamentos DCOs: ?	Informação não disponível	<i>Informação não disponível</i>	Informação não disponível
<b>TARV-Sant'Egídio</b>	Tratamento com TARV em regime ambulatório	Neste momento não quantificável (fase de lançamento do Projecto)	Informação não disponível	<i>Cerca de 650 USD/doente-ano, só para medicamentos ARV (custo muito sub-estimado)</i>	Medicamentos Reagentes de laboratório Salários
<b>Hospital do Carmelo, Chokwé</b>	Internamento hospitalar	700-800 internam. ~ 30.000 DCOs	140.000 USD	<i>5 USD/DCO</i>	Medic. (70%) Pessoal
<b>HDD Cuidado Dom., Chimoio</b>	Consulta + Assistência no domicílio	250 "novas entradas" 400-500 observações	60.000 USD	<i>Várias actividades, difícil desagregar</i>	Salários Transporte
<b>Clínica de DTS, Inchope</b>	Consulta de DTS	500-600 consultas	9.000 USD	<i>15 USD/consulta</i>	Salários
<b>Kubatana, Chimoio</b>	Assistência no domicílio	475 "pessoas" carentes visitadas	5.000 USD?	<i>10 USD por doente atendido/ano</i>	Incentivo para activistas
<b>Kubatsirana, Chimoio</b>	Assistência no domicílio	337 visitados, a maioria com SIDA	30.000 USD	<i>90 USD por doente/ano<sup>3</sup></i>	Treino Administração Transporte Salários
<b>ADPP-Esperança, Beira</b>	Aconselhamento	1.000 consultas 600 testagens voluntárias	65.000 USD	<i>Várias actividades, difícil desagregar</i>	Salários
<b>Clínica nocturna, Beira</b>	Consulta de DTS	3.000-3.500 consultas	30.000 USD/ano	<i>10 USD/ consulta</i>	Salários Medicamentos Treino

Fonte: fichas do Instrumento 10 de Estudo do Impacto do SIDA no Sistema de Saúde, Província de Sofala, Março-Maio de 2002.

<sup>3</sup> Deve haver cautela na interpretação deste valor, talvez tenha sido sobrestimado: é provável que os gastos totais da Kubatsirana incluam outras actividades sociais da ONG, e não unicamente a assistência domiciliária.

#### **4. Discussão e Conclusões**

##### *Informação geral sobre a SIDA*

O registo dos casos de SIDA na província de Sofala mostra enormes problemas de subnotificação, com inconsistências entre informação a nível central, provincial e distrital. Os indicadores do SIS não evidenciam sinais de impacto, como seria de esperar em consideração das taxas de seroprevalência do HIV e de acordo com as impressões do pessoal engajado em actividades assistenciais. Não há aumentos de volume de atendimento externo e internamento que estejam relacionados - de forma inequívoca - com o aumento de demanda supostamente induzido pela doença. Há muitos mecanismos que levam a uma errada (e insuficiente) notificação, os principais são a falta de reagente para testagem de HIV e o critério de definição de caso. Na maior parte das USs do País, e praticamente em todas as de nível I e II (CS e HR), não era possível realizar, ainda em Maio de 2003, o diagnóstico serológico da doença, pela falta de reagentes. Os escassos testes disponíveis eram reservados para os Bancos de Sangue.

Duma maneira geral o SIS – que reporta os casos internados e diagnosticados como SIDA na base de critérios laboratoriais e/ou clínicos – fornece uma informação mais fidedigna sobre o andamento da epidemia que a do sistema informativo interno do Programa DTS/SIDA, embora os dados de rotina existentes não sejam em geral utilizados, nem procurados pelos gestores. Um caso de SIDA é visto diferentemente por um Programa de Vigilância Epidemiológica e Controle que visa essencialmente prevenir a transmissão, por clínicos que devem tomar uma decisão imediata e individualizada, e por gestores que devem enfrentar um aumento de demanda e procurar recursos.

Este facto – associado à grave falta de reagente para HIV-teste e a lógica vertical dos Programas – pode estar na origem das incongruências encontradas entre os três subsistemas informativos que lidam com a SIDA: o do Programa DTS/SIDA, o da Estratégia de Luta Anti-Tuberculose (ELAT) e o SIS (componente internamento). O SIS e o subsistema ELAT mostram-se mais eficazes que o Sistema de Vigilância Epidemiológica para descrever a epidemia, pelo menos na perspectiva dum gestor, que deve poder medir um impacto, prever a sua evolução e estimar as necessidades para o enfrentar. Assim, a integração e a compatibilização dos três subsistemas parece doravante um ponto crítico na estratégia de combate ao impacto da SIDA.

### *Diagnóstico clínico e laboratorial de SIDA*

Não resta dúvida que permaneça uma subnotificação dos casos de SIDA. As razões são muitas. A SIDA começou a ser reconhecido e notificado só a partir dos finais da década de Noventa. O acesso limitado ao SNS, a falta de critérios diagnósticos e de notificação padronizados em todo o território nacional e a falta de reagentes para um diagnóstico inequívoco tornaram o registo dos casos de SIDA uma fracção insignificante dos casos estimados e também dos casos que aparecem nas consultas e no internamento. Em 2002, nos hospitais de nível II, a SIDA representou um mero 3,3% de todos os diagnósticos de alta (78.000), muito menos dos casos de malária, pneumonia, anemia e malnutrição. Em 2002, a partir de 61 triagens de 29 US em 10 Províncias, a SIDA resultou ser uma das 12 condições mais frequentemente diagnosticadas nas consultas externas.<sup>iv</sup>

### *SIDA e Tuberculose*

O aumento de 100% dos casos de tuberculose notificados na Beira entre 1993 e 2001 pode ser compatível com uma maior transmissão do HIV. A prevalência do HIV da Cidade da Beira, seguindo o padrão geral das áreas urbanas, era de 27% em 2001, contra uma média nacional de 13%. Por outro lado, o andamento dos casos no resto da província, embora errático, mantém-se à volta de 1500 casos por ano. A taxa de letalidade geral por tuberculose passa de 5,8 a 8,7% entre 1993 e 2000. Devido à boa qualidade do sistema de informação do ELAT, a monitorização dos casos e da letalidade por tuberculose pode ser útil para estimar o impacto da SIDA no sistema de saúde.

### *Impacto geral sobre os serviços*

O aumento de altas e DCO's encontrado pelo inquérito no HCB não é confirmado nas outras grandes USs de referência do País, em particular, as da região centro. Os dados do MiSau (DIS) relativos à Taxa de Ocupação Camas (TOC) indicam uma diminuição entre 1993 e 2002 nos Hospitais Provinciais de Quelimane, Tete e Chimoio (capitais de algumas das províncias mais afectadas pela SIDA), e também de Pemba, Inhambane e do HC de Maputo. A TOC de 2002 do HCB (excluindo as camas da maternidade, geralmente subutilizadas) foi de 91%, um valor acima do considerado ideal (80%). As mesmas figuras relativas aos restantes hospitais da zona centro não indicam sinais de superlotação; em Quelimane a TOC foi de 81%, em Tete de 68% e em Chimoio de 70%.<sup>v</sup>

As pesquisas sobre o impacto da SIDA nos serviços de internamento são raras na África subsahariana. No Kenyatta Hospital de Nairobi, entre 1992 e 1997, em ausência de TARV, as altas aumentaram sensivelmente. A letalidade intra-hospitalar, considerada como um indicador *proxy* de qualidade dos cuidados clínicos, manteve-se constante. Os autores concluíram que "*os serviços para o tratamento das doenças agudas não colapsaram sob o peso dos casos de SIDA*", mesmo à frente de um aumento enorme da TOC (de 100% a 190% entre 1989 e 1997).<sup>vi</sup> Dados a partir de um HR na RAS mostraram também um aumento de casos internados de TB e SIDA, com aumento elevado da TOC, mas sem influência na letalidade intra-hospitalar.<sup>vii</sup> Os dados da Beira mostram, ao contrário, um crescimento da letalidade, em linha com os achados em diferentes outros sítios no continente.<sup>viii</sup>

A transição epidemiológica determinada pela SIDA em África tem o efeito de substituir ao padrão nosográfico clássico das sociedades em desenvolvimento caracterizado por "doença aguda, na idade juvenil, de tratamento rápido, a custos limitados" uma nova situação onde se demarca a "doença crónica, na idade adulta, com exacerbações e reacuteizações, a custo elevado". A mudança de perfil da doença altera os indicadores de internamento. Em Nairobi, aparentemente, os doentes crónicos e/ou na última fase da doença não procuraram curas no hospital, enquanto outros, em fases mais precoces da doença eram internados em números crescentes.

A situação do HCB é caracterizada pela falta geral de teste HIV, analgésicos e anti-micóticos para as doenças oportunistas, e por cuidados de enfermagem insuficientes. De outro lado, na Beira a assistência ao doente terminal na comunidade é também difícil, não tendo o sistema capacidades de prestar cuidados clínicos e de enfermagem domiciliários em larga escala, devido aos custos proibitivos. Os dados do Kenyatta Hospital provavelmente indicam que à frente da epidemia de SIDA as estruturas da saúde modificaram os parâmetros de acesso e de alta, privilegiando as curas domiciliares para os casos não graves assim como para os casos terminais. Os indicadores do HCB mostram, pelo contrário, que esta US ainda não reagiu, modificando os critérios de baixa, frente à sobrecarga de trabalho determinada pela epidemia. Pode-se também argumentar que uma diferença qualitativa entre os cuidados prestados a doentes terminais e a doentes ainda capazes de recuperação não é percebida pelos utentes nesta cidade, e que os doentes de SIDA recorrem ao Hospital, em falta de melhor, independentemente da gravidade do seu estado. Só uma melhoria significativa dos cuidados clínicos, e tal vez a introdução do TARV poderá mudar a situação.

Em Sofala as normas relativas ao atendimento das infecções oportunistas (incluindo a TP) tiveram fraca divulgação e são frequentemente ignoradas. Há uma debilidade geral das áreas de Assistência Médica e Enfermagem, com reduzida capacidade de supervisão. Alguns subsectores – como o laboratório clínico das USs partilham estes problemas e poderiam ser mais bem aproveitados com recursos limitados. A situação incerta da biossegurança em Sofala deve ser considerada não só sob o aspecto da transmissão intra-hospitalar, mas também em relação ao impacto indirecto que tem na moral e nas atitudes reivindicativas dos trabalhadores.

A elevação substancial da qualidade dos tratamentos paliativos e das terapias para tratar as doenças oportunistas dos pacientes com SIDA é uma condição preliminar para a introdução do TARV em grande escala em Moçambique, atendendo a muito maior complexidade técnica desta abordagem. Por exemplo, a falta de reagente para diagnóstico de SIDA e de padrões de tratamento torna impossível o diagnóstico precoce, com graves implicações prognósticas, de transmissão e de atitudes perante a testagem voluntária, dificulta a biossegurança, desqualifica e degrada a clínica e prejudica o treino dos profissionais de saúde, que não acumulam uma experiência adequada a partir dos doentes internados.

Em relação aos medicamentos, os resultados sobre a pequena amostra da avaliação são preliminares e deveriam ser confirmados por análises mais aprofundadas. O aumento relativo dos custos determinado pelo tratamento de doentes com SIDA deverá ter em conta o uso previsto em grande escala do TARV. Contudo, o aumento da capacidade diagnóstica clínica e laboratorial levará a um aumento de necessidades relativamente à terapia das IO e analgésica. A nível “macro”, é interessante seguir o aumento das necessidades expressas pelas Províncias em relação aos medicamentos utilizados no tratamento das doenças oportunistas; a informação existente, embora muito limitada, mostra que, entre 2001 e 2002, os pedidos de amoxicilina aumentaram de 12,9%, os de cotrimoxazol de 5,3%, os de kanamicina de 61,8%, os de ketoconazol de 6,3% e os de nistatina de 73%. O uso mais racional dos fluidos para infusão poderá conter os custos relativos a estes itens.

#### *Impacto da SIDA na força de trabalho*

Com 38% dos óbitos totais do País notificados, Sofala era a província que registava o número de casos de longe mais elevado e onde, provavelmente, os dados de letalidade eram os mais fidedignos.

Estima-se que em África 55% dos óbitos por SIDA ocorram no sexo feminino por factores biológicos e culturais. Contudo, em Moçambique, 70% dos óbitos entre a força de trabalho eram do sexo masculino e pode-se inferir, portanto, que boa parte foi devida a acidentes de viação ou doenças não relacionadas com a SIDA.

De acordo com o Banco Mundial<sup>ix</sup> e em falta de TARV, com uma prevalência estável de HIV de 30%, a força de trabalho deveria registar uma perda de 3 a 7% a cada ano. Com uma prevalência de HIV de 13% a perda por óbitos devidos ao SIDA ficaria entre 1,4 e 3%; dever-se-á acrescentar as mortes acidentais ou por outras razões (provavelmente à volta de 1%)<sup>x</sup>. Não obstante o aumento de mortalidade entre os funcionários do SNS ocorrido no País entre 1995 e 2001 (+ 400%), o total dos óbitos fica muito aquém do que era esperável dada a taxa de prevalência e o número total de funcionários (pelo menos 300 óbitos só pela SIDA). Assim, em 2001 as mortes por SIDA mantêm-se abaixo das expectativas sendo, todavia destinadas provavelmente a crescer, a não ser que se introduza o TARV.

O impacto sobre a carga de trabalho por trabalhador (estimado pelo inquérito em 23.000 UAs por ano) é francamente excessivo. Um inquérito *ad hoc* conduzido em Fevereiro de 2002 nas principais USs de Sofala (e em todas as enfermarias do HCB)<sup>3</sup> encontrou o valor médio de 15.500 UAs por enfermeiro nas medicinas e de 17.200 UAs por enfermeiro na pediatria. Contudo, estas figuras também mostram uma sobrecarga de trabalho, se acrescentarmos o facto que a epidemia de HIV-SIDA já estava afectando o pessoal (estimou-se que 18% dos enfermeiros do quadro apresentassem sinais da doença). Nos 4 HRs de Sofala, as UAs médias do pessoal clínico e de enfermagem estavam compreendidas entre 8.000 (Inhaminga) e 12.400 (Nhamatanda), valores mais aceitáveis em termos de produtividade e não compatíveis com uma suposta sobrecarga de trabalho.

As perdas estimadas e projectadas de pessoal – depois duma confirmação sobre agregados de trabalhadores de maior dimensão – permitem elaborar eventuais planos de reposição a nível provincial e regional, como componente crucial de combate ao impacto: em geral, confirmam a validade das projecções contidas no Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2001-2010.

#### *Atitudes, conhecimentos, comportamento do pessoal de saúde*

No atendimento correcto aos casos de SIDA os maiores problemas não são só a falta do HIV/teste, de medicamentos anti-infecções

oportunistas e paliativos e de pessoal, são também a carência na organização, nos conhecimentos e nas atitudes. O nível baixo de conhecimentos dos profissionais de saúde sobre a SIDA implica a necessidade de intervir drasticamente na formação contínua e inicial. O Departamento de Formação do MiSau conta com o apoio dos bilaterais para uma acção de formação contínua de longo alcance, capaz de envolver todos os quadros sanitários em actividade, inclusive o pessoal auxiliar. O custo da iniciativa é estimado na ordem de 11.000.000 de USD.

Os problemas de atitude são mais difíceis de modificar. Em particular, a convicção de que a SIDA nos trabalhadores de saúde é doença meramente profissional, contraída em serviço. Para além de baixar o nível de vigilância sobre a transmissão sexual, esta ideia alimenta potenciais reivindicações, contenciosos e conflitos no ambiente de trabalho. É difícil quantificar o risco profissional dos profissionais de saúde em Moçambique; na África do Sul a exposição (59%) relacionada com puncturas de agulhas contaminadas era elevada sobretudo para o pessoal auxiliar (38% de casos a frente de 16% de pessoal). “O risco percebido é um factor maior que influencia a qualidade dos serviços”.<sup>xi</sup> Contudo, é consenso geral que, em Moçambique pelos níveis de prevalência e os comportamentos sexuais, a transmissão heterossexual seja de longe a maior fonte de infecção.

Os preconceitos sobre o papel das mulheres jovens na transmissão de SIDA colocam interrogações sobre a interiorização de correctos conhecimentos científicos e a persistência de concepções sexistas no pessoal de saúde, sem excluir o pessoal feminino. Estas ideias podem inviabilizar o papel educativo que cabe aos profissionais de saúde.

Por fim, a tendência a delegar a informação aos doentes relativa ao estado-HIV a estruturas especializadas (o “aconselhamento”, entendido como GATV) parece uma fuga dos profissionais – e particularmente dos clínicos – duma obrigação deontológica.

### *As novas iniciativas de prevenção e combate à SIDA*

Antes de qualquer consideração sobre as novas experiências de combate à SIDA, vale a pena considerar que a vertente curativo-assistencial parece – pelo menos em Sofala – uma área negligenciada pelas Organizações não Governamentais (ONGs) e Agências que operam no Sector Saúde, apesar da magnitude do problema. Até o momento, a luta à SIDA tem sido identificada com o bloqueio da transmissão sexual, sem prestar atenção à onda crescente de necessidades humanas dos

doentes (necessidades clínicas e sociais – como bem evidencia a assistência domiciliária).

Cada uma das experiências consideradas pelo estudo, ao lado de ensinamentos e pontos fortes, tem pontos críticos a considerar, nomeadamente:

- o Hospital de Dia é presentemente uma estrutura centralizada, em risco de subutilização por causa da distância dos locais de residência. A sua cobertura não pode ser alta;
- a Assistência Domiciliária profissional (AMODEFA) tem baixa eficiência e altos custos, com coberturas extremamente baixas;
- a Assistência Domiciliária comunitária padece – entre outros - de problemas de normatização, e particularmente de capacitação dos voluntários da comunidade quanto aos aspectos sanitários. Este ponto é particularmente crítico e a sua solução é difícil, porque os conhecimentos clínicos, inclusive a capacidade de administrar antibióticos e analgésicos, não se improvisam em cursos de curta duração para voluntários.
- as clínicas especiais de DTS (nocturnas ou dirigidas a clientes seleccionados) às vezes duplicam serviços e têm altos custos, com uma excepção na Beira.
- as experiências dirigidas a doentes terminais internados, ou são de alto nível técnico (caso do Carmelo de Chokwé), mas de baixa replicabilidade; ou de alto custo de investimento (caso de Hulene), integração nula com o Sector Público e qualidade indefinida (ver tabela 8).
- o TARV em regime ambulatorio encontra-se em fase de lançamento e qualquer avaliação seria prematura neste momento. Os custos globais parecem desde já muito altos, provavelmente acima de 1.000 USD/paciente-ano.

## **5. Recomendações**

Mudar a política em relação à testagem diagnóstica, aumentando substancialmente a disponibilidade de HIV/teste, a partir das US mais diferenciadas.

Integrar e possivelmente simplificar os subsistemas informativos relevantes para SIDA: Programa DTS/SIDA, ELAT e SIS-Internamento, a fim de obter uma notificação fidedigna e útil para a gestão.

Disponibilizar mais drogas anti-opportunistas e paliativas e possibilitar a sua prescrição fora das grandes Unidades Sanitárias.

Revitalizar o papel da Assistência Médica e da Enfermagem para elevar a qualidade do atendimento nas Unidades Sanitárias.

Elaborar – na base de previsões fundamentadas de perdas por SIDA – planos provinciais e regionais de reposição de quadros de saúde

Elaborar um plano sistemático de formação – curricular/inicial e contínua – sobre SIDA, que abranja todas as categorias (incluindo médicos e docentes)

Considerar, dentro dos pacotes de cuidados integrados às Pessoas Vivendo com SIDA (PVHS), a oportunidade de potenciar a rede periférica (até CS tipo III), em regime de atendimento externo, observação e internamento de curta duração. Esta medida deve ser por sua vez articulada com o Hospital de Dia (HDD) e a Assistência Domiciliária.

Considerar – a partir da Província de Sofala, alvo do estudo – a oportunidade de Planos Provinciais de combate à SIDA, centrados sobre uma maior e melhor prestação de cuidados a PVHS.

Aprofundar os conhecimentos acerca do impacto da SIDA e as possíveis medidas de resposta mediante estudos focalizados sobre áreas específicas, algumas das quais identificadas pela investigação.

## Bibliografia

---

- <sup>i</sup> Bonnel R. What makes an economy HIV-resistant. ACT. Africa, World Bank, 2000.
- <sup>ii</sup> Caracterização das US de nível I, II, III e IV. Diploma Ministerial, Governo de Moçambique 2003.
- <sup>iii</sup> Vio F. Produtividade do pessoal em 6 Distritos de Sofala, MiSau, DRH, não publicado, Maputo, Março 2002.
- <sup>iv</sup> Avaliação da Qualidade do Atendimento Externo Cuurativo. Uso Racional de Medicamentos. MiSau, SNS, Dep. Farmacêutico. SDC – Agência Suíça para o Desenvolvimento e Cooperação. Dezembro 2002.
- <sup>v</sup> Dados do DIS, reportados em Modol X. Impacto da SIDA no Sector Saúde em Moçambique. versão preliminar. MiSau. Julho de 2003.
- <sup>vi</sup> Gilly A, Bhatt S, Muhundi D, et al. The Changing impact of HIV/AIDS on Kenyatta National Hospital, Nairobi from 1988/89 through 1992 to 1997.
- <sup>vii</sup> Floyd K, Reid RA, Wilkindon D, et al. Admission trends in a rural South African hospital during the early years of the HIV epidemic. JAMA 1999, 282: 1087 – 1090.
- <sup>viii</sup> Buvé A. AIDS and hospital bed occupancy: an overview. Tropical Medicine Internal Health 1997, 2: 136-139.
- <sup>ix</sup> Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemics, A World Bank Policy Research Report, Oxford University Press, 1997. Chapter 4, pp. 173-233.
- <sup>x</sup> DRH, DAP. Antes da eclosão da epidemia de SIDA, as perdas de trabalhadores por óbitos rondavam a volta deste valor.
- <sup>xi</sup> De Villeirs, reportado em Kinoti S. Impact of HIV/AIDS on the Health Workforce. Academy for Educational Development, Washington DC. Seminar Series on Human Resources for Health, February 25, 2003.

---

Anexo

## **NOTAS DAS ENTREVISTAS**

O texto aqui reportado é uma síntese dos apanhados manuscritos do Coordenador do Estudo, Dr. Rino Scuccato, e é exclusivamente da sua responsabilidade.

As notas resultam de entrevistas não estruturadas, conduzidas com informantes-chave sobre o problema SIDA e focalizam pontos específicos, frequentemente de uma área técnica familiar ao entrevistado. Eventuais divergências em relação aos pontos de vista dos entrevistados podem resultar unicamente de problemas de compreensão, e não de manipulação do material original. Foram omitidas do texto passagens mais estreitamente descritivas sobre “novas experiências” de atendimento a SIDA-DTS .

### **1. Dra. Julie Cliff**

**Especialista em Saúde Pública - Universidade Eduardo Mondlane  
Maputo – 13/3/2002**

O Hospital de Dia (HDD) afigura-se como uma estrutura paralela que “funciona” de facto contra a integração. Vale a pena ter um serviço à parte, ou deveria ser um serviço de medicina geral? No caso de Maputo a experiência positiva – com cuidados de boa qualidade – não é sustentável, devido aos custos e à Assistência Técnica. O HDD de Maputo é uma “ilha”, o de Chimoio certamente não teve o mesmo apoio.

Sublinha a experiência positiva de algumas clínicas nocturnas, para trabalhadoras do sexo e clientes, mas abertas a outras pessoas. São discretas, estimulam a utilização.

Alerta sobre o problema dos serviços paralelos direccionados à SIDA e não integrados no pacote actual de cuidados: enfraquecem o SNS, têm uma dinâmica salarial que acaba por roubar quadros ao sector público, criando problemas sérios de gestão de Recursos Humanos. Grande parte da aparente motivação do pessoal de saúde em relação a SIDA-DTS é - na realidade - expectativa salarial, de benefícios monetários que estes programas-iniciativas trazem.

Outro risco é o de criar uma atitude de comodismo em relação às ONGs: o MISAU pode ser induzido a pensar que pode delegar a parceiros

---

externos certas actividades que pelo contrário deveriam ser institucionais.

**2. Dra. Lucy Ramirez**  
**Especialista em Saúde Pública - John Snow International (ONG)**  
**Maputo – 13/3/2002**

Refere sobre a experiência tida na *Clínica Nocturna da Ponta Gêa, Beira*.

Inicialmente tinha-se pensado que esta experiência se deveria limitar a trabalhadoras de sexo e aos clientes, mas de facto passou rapidamente a ser um serviço aberto para todos. Houve uma forte resposta em termos de aceitação, com movimento de atendimento crescente.

Razões do sucesso: a) horário pós-laboral; b) bichas reduzidas em relação às triagens normais; c) laboratório a funcionar em simultâneo, com resposta imediata; d) idem com farmácia; e) trata-se em suma dum serviço bem integrado, rápido, eficiente; f) é garantida a discrição, e a privacidade.

De dia os doentes de DTS que se dirigem a um gabinete específico sentem-se “desmascarados” perante os outros doentes, à noite isto é mais difícil, e não há estigma, pois todos têm o mesmo problema e não estão misturados com pacientes “normais”.

Sublinha-se como a base dos recursos é o SNS-DSCB, com pequenos *inputs* da UE (a referência é à fase em que a Clínica Nocturna era suportada por este doador).

São mencionados alguns problemas técnicos: preenchimento difícil das fichas. Grande frequência de úlceras genitais, e importância (também por esta razão) da testagem voluntária. Daí a necessidade de forte integração deste tipo de serviços com os GATVs.

**3. Dr. Rui Bastos**  
**Especialista em Dermatologia - Hospital Central de Maputo**  
**Maputo – 14/3/2002**

É um erro colocar o problema dos doentes de SIDA em termos de HDD vs Atendimento Hospitalar. Na realidade deve haver uma continuidade entre cuidado domiciliário → HDD → internamento hospitalar, quando necessário.

---

No fundo a “política” do MISAU nesta fase é a de evitar a fase terminal nos Hospitais e – duma certa forma – “favorecer a morte em casa”. Para tal acontecer, os doentes de SIDA devem ter um atendimento rápido e privilegiado por parte de pessoal qualificado (Médicos e Técnicos de Medicina). Em suma, a política do óbito em casa deve ter um forte suporte, para poder se realizar.

Em relação ao cuidado domiciliário, o SNS não tem literalmente os meios para este tipo de assistência (para além de não haver tradição, experiência): é uma típica área de intervenção da sociedade civil.

Falta definição de actividades, normas, procedimentos sobre o atendimento domiciliário; faltam manuais ... Caberá esta actividade só ao pessoal de saúde?

É fundamental que Atendimento Domiciliário e HDD estejam estreitamente integrados. Os custos deste atendimento podem ser extremamente altos se forem abarcados pelo SNS, e mais reduzidos se tiverem base comunitária.

Em Maputo há um problema de rejeição por parte dos médicos dos doentes com SIDA. Acham que este atendimento é frustrante em termos psicológicos, ineficiente, gasta muito tempo. Na realidade os médicos não sabem – também por lacunas de formação – como abordar psicologicamente estes doentes. Há ignorância na área de psicologia e ciências sociais. Em certos casos há atitudes comerciais: “o tempo é dinheiro”, e o tempo que com eles se perde é um prejuízo económico. Há de facto uma certa “comercialização da medicina”, que se sente mais perante uma doença como a SIDA.

#### **4. Dr. Gorik Ooms**

**Economista - Coordenador Médicos sem Fronteiras, Bélgica**

**Maputo – 14/3/2002**

Julga que – perante a situação da SIDA em Moçambique - a única opção é a TARV, de imediato. O HDD pode ser a base operativa da TARV. Reconhece que não há solução para o problema com os recursos actuais. Não há uma solução incrementalista para o problema SIDA: o MISAU precisa dum salto de recursos maiores 2-3 vezes do que os actuais. Os recursos virão de fora. A sustentabilidade não é um problema, pois o sistema já é insustentável: tratar-se-ia de passar duma insustentabilidade de 75% para uma insustentabilidade de 90%-95%, ou mais. A gravidade da situação justifica esta opção.

---

Discute-se o problema dos cuidados domiciliários. Não está definido o que eles realmente são. Uma das opções poderia ser treinar um elemento da família no tratamento (seria uma variante da automedicação). Salieta como os cuidados domiciliários "externos" têm um certo potencial estigmatizador, pois levam à identificação do doente perante os outros etc.

**5. Dra. Rolanda Manuel**  
**Directora do Hospital de Dia, Maputo**  
e  
**Dr. Jean Philippe Breux**  
**Médico Assessor, Cooperação Francesa**  
**Maputo – 18/3/2002**

O tema da discussão é o HDD de Maputo. Questiona-se a colocação do HDD, deveria estar situado dentro duma US do SNS, dever-se-iam utilizar os serviços da US e que não criar estruturas paralelas, que seriam duplicados, como por exemplo um laboratório.

Deve haver uma ligação com serviços de aconselhamento: em princípio os doentes sabem, mas nem sempre; às vezes saem dos serviços de internamento não informados e descobrem a doença no HDD. Da experiência dos entrevistados percebe-se que o doente recebe um forte shock na primeira sessão de aconselhamento, quando é revelada a doença. Nas seguintes já é possível encontrar atitudes mais positivas.

Há uma forte perda de doentes potenciais do HDD (em princípio todos os que têm alta do HCM), cerca de 50%: uma das causas é o atraso na entrega do resultado do HIV, que pode chegar até > 15 dias depois da alta! Assim, os doentes vão para casa sem estarem cientes da própria doença.

Em relação aos doentes com TP, o tratamento é feito no CS mais próximo, cabendo ao HDD apenas o controle da regularidade. É levantada a questão da rejeição dos doentes de SIDA por parte do pessoal técnico do HCM. Há frustração, fraca motivação.

Discute-se o assunto dos analgésicos maiores, estupefacientes, para terminais: até 80% dos doentes com SIDA numa ou outra fase da doença precisariam, mas "há resistência do MISAU nesta área", devido a grandes implicações de normatização farmacêutica. A SIDA pode jogar um grande papel em desbloquear certas atitudes institucionais em relação à analgesia, assim como aconteceu na Europa (dantes o

---

problema da analgesia era reconhecido só para os pacientes doentes de câncer, mas a epidemia de SIDA alterou esta postura).

O HDD pode também jogar um grande papel como precursor-preparador na instalação da TARV.

Um bom HDD deve ter um bom sistema informativo, para a gestão clínica dos casos e para enfrentar os gastos com medicamentos. De facto o HDD preenche um vazio entre Internamento e Cuidado Domiciliário. Não é objectivo do HDD cobrir todos os doentes de SIDA: isto não seria realista, o objectivo é o apoio ao HCM, para o descongestionar.

**6. Dra. Laura Guarenti**  
**Médica Assessora FNUAP ao Programa de SMI - MISAU**  
**Maputo, 19/3/2002**

Na área dos cuidados obstétricos nota-se fraca implementação das rotinas relacionadas com o bloqueio da transmissão vertical. O pessoal "tende a implementar" só onde há projectos específicos.

**7. Dr. Alfredo McArthur Júnior**  
**Responsável Nacional do Programa ELAT/ELAL**  
e  
**Dra. Paula Perdigão**  
**Médica Assessora ao Programa ELAT**  
**Maputo, 20/3/2002**

Discute-se a incidência esperada de TP (todos os tipos) de acordo com a taxa de HIV+ conhecida (estimada): deveria haver cerca de 44.000 novos casos no País em 2001, sendo a taxa de incidência de 254/100.000. Contudo, o programa só identificou 22.000 (50%). É preciso explicar a razão desta discrepância (captação insuficiente). Há duas hipóteses, não necessariamente exclusivas: a) talvez a HIV+ prevalência esteja superestimada, e a incidência real < 254/100.000; b) a rede sanitária é subdesenvolvida e não consegue captar os casos que todavia aparecem.

Discute-se a integração entre Programa SIDA e Programa ELAT. É recordada a má experiência da Zâmbia, em que o Programa ELAT foi absorvido pela SIDA, com resultados totalmente negativos. De facto não há integração entre estes dois programas. Os doadores tendem a ignorar a ELAT e a concentrar os recursos na SIDA. Nos Programas

---

domina uma “lógica de machambas”, isto é, de programas verticais separados. A título de exemplo, o pessoal ELAT não é convidado nas acções formativas promovidas pelo programa SIDA. Seria necessário criar a figura dum Coordenador SIDA-ELAT, a partir do nível nacional, descendo até o nível provincial. As áreas de colaboração seriam vastas: Hospital de Dia, Cuidados Domiciliários, TARV (no futuro), testagem com HIV, etc.

Acerca da testagem com HIV, acha-se que – do ponto de vista da ELAT, do tratamento – com a eliminação da terapêutica de HT3, o “*HIV-status*” dum doente tuberculoso é irrelevante; porém, pode ser importante sabê-lo para eventualmente associar Cotrimoxazol ... isto está subordinado à disponibilidade de reagente, e sempre à capacidade de aconselhamento (pré- e pós-teste).

Acerca da quimioprofilaxia com INH em HIV+ (300 mgr/dia durante 6-9 meses, também na base de Mantoux e RX), só se definiu a normatização, mas não se começou a implementar. A própria normatização precisa de uma revisão.

**Dra. Perdigão**  
**Maputo, 17/5/2002**

Análise dos dados levantados em Sofala. Concorda que o incremento de Tuberculose em todos os casos de Sofala de + 72% e na Beira de + 99% (em relação a uma média nacional de + 33%) no período 1993-2001 pode reflectir um aumento de transmissão, particularmente na Beira, onde não existe o *confounder* de expansão da rede sanitária.

Salienta-se como a recente norma de avaliar os casos BK- (nas cidades) se insira na tentativa de avaliar indirectamente o impacto da SIDA. Trata-se pois – com a recolha deste indicador - dum esforço de coordenação entre programas.

É discutida a problemática das “provas terapêuticas” com INH/Etambutol, e a sua correcta modalidade de implementação.

Manifesta-se a necessidade de isolar os doentes TP BK+ em locais próprios, atendendo à alta % de imunossupressão no ambiente hospitalar, com risco +++ de transmissão de TP a doentes HIV+, ou imunodeprimidos por outra razão.

---

Concorda com a existência de certos problemas constatados em Sofala, relativamente à má coordenação entre pessoal ELAT e pessoal clínico. O programa, ciente deste problema, até modificou a terminologia: o anterior “Responsável ELAT” passa a ser “Supervisor ELAT”, para sublinhar que cabe aos clínicos mais qualificados a gestão técnica do programa, a responsabilidade. Recorda-se que já existem e foram divulgadas normas a respeito, se há um problema, é de implementação. Não há vazio de normas, nem de material técnico orientador.

Evidencia-se que uma mudança profunda torna-se necessária na própria ELAT em relação à visão dos anos anteriores: tem que se voltar ao despiste activo dos casos, em vez de pôr a tónica unicamente na taxa de cura. Sublinha-se também a preocupação que suscita a nova situação criada pelo HIV, em prejuízo do controle da Tuberculose: grande instabilidade do programa, com mudanças frequentes, que fragilizam a gestão.

Muito problemática a gestão da TP BK-, uma vez que se devem definir bem os critérios clínicos e os de suporte diagnóstico, como, por exemplo, o RX.

**8. Sra. Maria Dos Anjos Machonisse**  
**Directora Executiva da AMODEFA**  
**Maputo – 20/3/2002**

O tema da entrevista é a experiência de cuidados domiciliários da AMODEFA, em integração com o HDD de Maputo.

A actividade da AMODEFA inicia no HDD: a AMODEFA leva os doentes ao domicílio. Problemas identificados:

- os doentes de mais posses não aceitam os cuidados domiciliários
- necessidade de associar o cuidado domiciliário com uma componente de apoio alimentar (a expectativa dos utilizadores é que não só os problemas de saúde, bem como “todos” os problemas do doente com SIDA e da sua família recebam atenção). Na vertente alimentar houve um apoio do PMA, que depois foi interrompido.
- A AMODEFA é frequentemente vista como uma instituição que “tira os doentes das enfermarias e os chuta para casa”

Há perspectivas de expandir a experiência de cuidados domiciliários em Xai-Xai e em Pemba (para além de Maputo e Chimoio, onde a AMODEFA já foi activada).

---

**9. Dr. Ricardo Trindade**  
**Chefe do Departamento de Formação - MISAU**  
**Maputo – 21/3/2002**

O subsistema de formação está directamente afectado pela SIDA: já se perderam docentes nas IdF, e são conhecidos casos de alunos HIV+. Haveria necessidade dum estudo nacional do impacto da SIDA sobre os trabalhadores de Saúde, em primeiro lugar em termos de perdas. Sobre o assunto haveria um protocolo em vias de elaboração junto da DNS.

Declara-se que “há uma ignorância profunda sobre HIV/SIDA no seio dos trabalhadores de Saúde”, particularmente nas vertentes “teoria, transmissão e biossegurança”. Muito pouco trabalho foi feito. Há uma alta % de trabalhadores de Saúde que nunca foram alvo de acções formativas sobre SIDA.

Todos os cursos ministrados no sector da Saúde deveriam ter um módulo comum sobre HIV/SIDA de aproximadamente 40 horas, com tronco comum e diferenciação de acordo com as diversas categorias profissionais. Mesmo que isto comporte implicações em termos de aumento de mais 1 ou 2 meses no tempo de formação, seria tempo bem investido.

Deveriam ser criados GATVs nas IDF, abertos à população circunvizinha.

Deve ser expandida a formação dos profissionais de saúde na área de psicologia, relacionamento etc., com vista a melhorar as capacidades de aconselhamento. Nota-se um excesso de acções dirigidas à comunidade na área da SIDA e uma tendência a descurar a quantidade de trabalho que ainda deve ser desenvolvido dentro das US.

**10. Dr. Batista,**  
**Médico Chefe Provincial - DPS-Sofala**  
**Beira – 25/3/2002**

O SNS “não está a aguentar” a sobrecarga de todo tipo que a SIDA acarreta: cuidados de enfermagem, gastos de medicamentos, stress, etc., com incidência especial nas enfermarias de medicina. Esta pressão coincidiu com uma situação “crítica de pessoal”.

Reconhece que o pessoal de Saúde “foi apanhado de surpresa” pela epidemia, pelo menos em termos psicológicos. As reacções não são positivas: quando se toma conhecimento do diagnóstico, “cai

---

verticalmente a atenção”, é preciso exercer forte pressão sobre o pessoal clínico para a prestação de cuidados condignos.

Quanto à problemática dos cuidados paliativos, refere que os analgésicos estupefacientes não chegam às US periféricas; nos HR o seu uso é limitado – e não de rotina – aos períodos pós-operatórios.

Identifica como necessidades, a curto prazo, um aumento da capacidade de internamento e um HDD na Beira.

Refere que na Cidade da Beira já estão à venda medicamentos ARV, embora isto não seja oficial. Sabe de doentes que foram tratar-se na RSA ou no Zimbabwe.

**11. Sr. Domingos Lucas**  
**Chefe do Departamento de Recursos Humanos - DPS-Sofala**  
**Beira – 27/3/2002**

Opina que a baixa biossegurança é a causa principal de contágio nos trabalhadores e lamenta a discriminação nos cuidados: só os médicos é que têm acesso a medidas preventivas e a cuidados eficazes, quando infectados. “Não se investiga devidamente a causa da infecção”.

Não é possível ter uma dado oficial sobre óbitos e absentismo por SIDA, tratando-se de informação confidencial. “Sabe-se” que um trabalhador tem SIDA/morreu de SIDA por a DDS revelar em via confidencial, não por constar em algum documento arquivado na DPS.

Em Sofala não há percepção de aumento do absentismo, embora o fenómeno nunca tenha sido analisado.

Observa que são particularmente sérias as perdas de enfermeiros básicos, também por impossibilidade de reposição (faltando cursos desta categoria).

Acha que “já se fez demais na área preventiva”, os trabalhadores de saúde devem ter acesso à TARV, independentemente de ter contraído a infecção por via profissional ou sexual.

Deve-se formar mais a nível local, para reposição das perdas. Pode-se organizar cursos da Região Centro, para rentabilizar o investimento. Prioridade aos cursos de enfermagem.

---

Reconhecem – em relação à testagem voluntária – que os trabalhadores preferem ficar na ignorância em relação ao seu HIV-status.

**12. Dra. Maria Semedo**

**Directora do Gabinete Provincial de Combate à SIDA**

**Beira, 27/3/2002**

Refere como em certas áreas de Sofala (Cheringoma, Muanza, Marromeu) o problema da SIDA seja de difícil tratamento por fortes crenças tradicionais sobre a causa e o tratamento da doença. O fenómeno, em escala mais reduzida, persiste também na faixa periurbana. Em geral, SIDA-doença não é reconhecido como tal.

Acerca de soluções ao problema, salienta a urgência dum HDD na Beira, de casas de acolhimento e de “clubes educativos”.

Quando se sabe que um paciente tem SIDA, ele é frequentemente afastado do núcleo familiar. A situação complica-se quando as US aplicam mecanicamente a política de dar alta compulsiva.

**13. Sra. Amélia Zacarias**

**Coordenadora MONASO**

**Beira, 28/3/2002**

Discute-se na entrevista a problemática dos cuidados domiciliários.

É sublinhado o problema da falta de capacitação das pessoas que fazem este trabalho (isto pode ter implicações em termos de biossegurança). Faltam também inputs como bicicletas e “ofertas”: devido ao carácter frequentemente religioso deste tipo de apoio, as pessoas que prestam cuidado domiciliário sentem “que devem levar algo”. Deveria também haver medicações simples, deveriam ser prestados cuidados elementares de enfermagem. Enfim, deveria haver módulos de aconselhamento.

A formação nesta área deveria ser confiada a ONGs que já trabalharam e têm experiência nesta área, alargando progressivamente a iniciativa a outras.

Observa como muitas patologias não agudas e recidivantes já é vulgarmente rotulada de SIDA. Em geral as pessoas sentem-se impotentes perante esta doença, e preferem ser tratadas no hospital.

---

**14. Dom Jaime Gonçalves**  
**Arcebispo da Beira**  
**Beira, 28/3/2002**

A posição da Igreja Católica é que a luta contra a SIDA deve ser travada alicerçando os esforços na abstinência sexual pré-matrimonial e na fidelidade pós-matrimonial. O grupo alvo desta mensagem são os jovens, cita como exemplo os encontros que têm lugar periodicamente no Centro de Nazaré, a 15 km da Cidade.

A Igreja está engajada na ajuda humanitária aos doentes de SIDA, na base duma Comissão Diocesana de Saúde.

Há uma forte percepção da gravidade da doença ("doença que não tem cura"), embora menor nas zonas rurais. Há zonas "aparentemente não afectadas". Porém – devido à ligação que a maioria da população da província tem com Beira (familiares residentes, negócios, etc.) "todos acabam por saber".

Só uma pequena % de pessoas – urbanas e de camadas sociais mais abastadas – têm noção da existência dum tratamento eficaz (TARV).

A população tem uma percepção negativa do nível de cuidados que são prestados aos doentes com SIDA. Há rejeição dos doentes nas US. São mandados para casa de forma brusca, inclusive pelos médicos.

A Igreja tenciona abrir uma casa de assistência em Manga-Chingussura, destinada à recepção de doentes com SIDA necessitados.

Interrogado sobre eventuais acordos de gestão Igreja-DPS relativamente a algumas US de Sofala, o entrevistado declara não conhecer a evolução desta problemática.

*[O assunto da "casa-abrigo" – semanas depois - foi rediscutido em Manga Naconjo com uma irmã enfermeira afecta naquela US. A mesma manifestou preocupação em relação aos doentes terminais desamparados: para tal destinar-se-ia a habitação mencionada pelo Arcebispo. A problemática do abandono dos doentes pelas famílias é real].*

---

**15. Dr. Joaquim Durão**  
**Economista, Chefe do Departamento Farmacêutico – MISAU**  
**Maputo– 20/5/2002**

Na base duma avaliação preliminar do estudo de gastos de medicamentos em doentes com SIDA no HCB, é ressaltada a importância deste tipo de estudos para quantificação de necessidades, e também para uma avaliação de uma prescrição racional que não se limite ao nível primário. Outros estudos terão de ser mais abrangentes (não só medicamentos), com maior amostragem e mais consistência do ponto de vista metodológico. Caberia de facto ao DAM e não ao Departamento Farmacêutico promover este tipo de investigação operacional.

Sobre a oportunidade de baixar o nível de prescrição de alguns medicamentos para atender infecções oportunistas (antibióticos e antifúngicos) para quadros de nível médio, constata-se como isto implique – para além de novas normas sobre a capacidade de prescrição - a “periferização” do tratamento dos doentes com SIDA nas USs de nível primário. Esta ideia estaria a ganhar consenso, pois a alternativa nas cidades seria concentrar todo o tratamento em Hospitais de nível III e IV, o que não é uma perspectiva nem realista nem eficiente em termos de custo.

Aborda-se também o problema do tratamento paliativo, particularmente com codeína para tosse-diarreia e analgésicos estupefacientes para a dor nos doentes com SIDA. Há abertura no MISAU sobre este problema, a vários níveis, mas todos estão cientes de que há enormes implicações de normatização, até mesmo a nível internacional. A posição frágil do País em relação ao movimento ilícito de estupefacientes torna o assunto extremamente delicado e potencialmente muito perigoso. Certamente alguns analgésicos maiores orais (tipo metadona) seria bem vindos, mas deve-se desde já pensar numa normatização que permita o acesso aos doentes, bloqueie o tráfico ilícito, seja aplicável no contexto institucional de Moçambique e esteja de acordo com a legislação internacional. Devem ser envidados grandes esforços na área normativa, com propostas concretas, muito detalhadas.

**16. Dr. Antonio Noya**  
**Consultor Epidemiologista - DNS- Epidemiologia**  
**MAPUTO, 21.5/2002**

---

Discutiu-se a definição de caso de SIDA, com referência aos problemas encontrados em Sofala, nas US.

Em relação às fontes de dados para notificação: lamentou-se o problema de a fonte primária – a requisição de laboratório padronizada – não ser utilizada uniformemente, sem contar com problemas de resistência activa em algumas US.

Tratou-se da captação (e notificação) de casos de SIDA sobre casos esperados: a posição de Moçambique não é das piores em África, com uma captação entre 10 e 15% sobre o esperado, a frente de vários países que se situam à volta de 10%.

Sobre o modelo matemático para previsão de casos esperados: nos moldes em que é usado agora só permite projecções por regiões, brevemente permitirá projecções por unidades populacionais/territoriais mais pequenas.

Há uma hipótese de sobre-estimação de prevalência de HIV em algumas áreas, como por exemplo Sofala, atendendo à distorção urbana dos postos sentinela até o último estudo de prevalência.

## **17. Dr. Lucas Gulube**

**Director Nacional de Recursos Humanos – MISAU**

**Maputo, 28/5/2002**

A entrevista foca o problema da quantificação das perdas por SIDA nos trabalhadores e as medidas de reposição consideradas pelo MISAU.

A DRH não dispõe até a data duma estimativa directa de taxa de perdas (por óbito) devidas a SIDA e trabalha para efeitos de planificação com uma taxa de perdas/ano globais de 3.5%. Claro que com SIDA esta taxa deve ser revista.

O maior problema de cálculo da taxa de óbitos por SIDA é a confidencialidade da informação e a falta de registo a respeito. Depois de ilustrar a metodologia adoptada em 8 US de Sofala (que deu uma taxa de perdas por SIDA de 1.5%-ano), concorda-se que a utilizada no estudo é uma abordagem facilmente exequível. Seria conveniente alargar a base estatística: a) incluindo o HCB, só que neste caso a pesquisa tem de ser feita departamento por departamento; b) alargando o estudo a um grupo de US da Região Centro. Sucessivamente o estudo poderia ser feito nas Regiões Sul e Norte, assim a DRH disporia duma taxa média nacional e de taxas regionais. A

---

metodologia do estudo pode ser melhorada cruzando a informação obtida nas entrevistas com a existente na DPS.

O MISAU pode enfrentar as perdas:

- com TARV. Neste caso seria útil uma testagem sistemática dos trabalhadores com HIV, para detectar precocemente os candidatos ao tratamento;
- acelerando o expediente relativo a óbitos, aposentações e expulsões, de modo a repôr com a máxima brevidade possível as perdas
- aumentando a formação de acordo com as maiores taxas de perdas

### **18. Dr Francisco Cândido**

**Departamento de Assistência Médica - MISAU-DNS**

**Maputo, 28/5/2001**

São discutidos nesta entrevista alguns resultados preliminares do estudo relativamente aos problemas qualitativos encontrados.

O DAM julga que uma avaliação qualitativa dos cuidados prestados aos doentes com SIDA é difícil por os doentes com SIDA se encontrarem "espalhados" em diferentes sectores hospitalares e não estarem agrupados em enfermarias próprias.

As falhas detectadas não podem ser justificadas em termos de falta de recursos. Em muitos casos deve-se reconhecer que não há interesse por parte dos clínicos (dos médicos) em garantir cuidados de qualidade.

Sobre a oportunidade de maior uso de teste diagnóstico de HIV são invocadas limitantes económicas. Reconhece-se que uma linha de abastecimento directa de HIV-teste via Departamento Farmacêutico e DAM (e não via Programa DTS/SIDA) seria útil.

As prioridades para melhorar a situação qualitativas são indicadas em:

- formação do pessoal
- biossegurança das transfusões
- melhoria da esterilização, através duma reposição massiva de equipamentos (muitos equipamentos são obsoletos e remontam ao tempo colonial)

---

Sobre eventuais insuficiências nas áreas de supervisão de AM e de Enfermagem, responde-se que isto constitui novidade, pois os relatórios que provém destas áreas documentam supervisões regulares e bem feitas.

**19. Sandy McGunegill**  
**CDC-Atlanta/Life**  
**Maputo, 28/5/2002**

O tema da entrevista são os cuidados domiciliários, área de trabalho da entrevistada.

Até a recente elaboração dum kit de material de formação e de consulta, nada havia em Moçambique sobre esta área.

Mesmo com a introdução da TARV em Moçambique haverá uma (longa?) fase de transição durante a qual SIDA continuará a ser tratado nos moldes actuais – paliativos e anti-IO -, e em que a assistência domiciliária irá ser necessária.

São sublinhados vários efeitos positivos da assistência domiciliária, tais como redução do estigma, melhoria dos cuidados de saúde, mais precoce referência de patologias importantes (como por exemplo TP). Salienta-se também o risco de medicalizar demais a assistência domiciliária, na qual há frequentemente aspectos sociais, ou simplesmente de sobrevivência, que prevalecem sobre os aspectos sanitários. A Saúde deveria ter um papel de consultor na AD, não de gestor directo.

É dada ênfase à necessidade de aumentar a cobertura dos pacientes esperados com Assistência Domiciliária, reconhecendo-se que (mesmo em países com muita experiência e apoio nesta área) há problemas de cobertura baixa.

O esquema HDD + AD profissional (AMODEFA) não é viável em larga escala por razões de custos bem conhecidas. O HDD + AD profissional deveriam actuar como formadores, supervisores, reguladores etc. numa rede mais vasta de assistência domiciliária baseada na comunidade.

É sublinhada a necessidade dum grande suporte técnico e psicológico dos activistas comunitários e considerado o problema dos incentivos monetários (há pros e contras).