



**República de Moçambique**  
**Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA**  
Secretariado Executivo

# **Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA - PEN III (2010-2014)**

## **Relatório de Avaliação**



**Maputo, 19 de Setembro de 2014**

## Índice

<b>Abreviaturas .....</b>	<b>3</b>
<b>Sumário Executivo .....</b>	<b>5</b>
<b>Contextualização .....</b>	<b>17</b>
<b>Metodologia.....</b>	<b>19</b>
<b>I. Componente de Redução de Risco e Vulnerabilidade .....</b>	<b>22</b>
Recomendações para a Componente de Redução de Risco .....	29
<b>II. Componente de Prevenção.....</b>	<b>31</b>
II.1. Aconselhamento e Testagem em Saúde .....	31
II.2. Preservativos .....	36
II.3. Prevenção do HIV em Grupos de Alto Risco .....	39
II.4. Detecção Precoce e Tratamento de ITSS .....	46
II.5. Circuncisão Masculina.....	49
II.6. Prevenção da Transmissão Vertical.....	50
II.7. Biossegurança.....	56
II.8. Prevenção do HIV no local do trabalho.....	57
II.9. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento .....	61
Avaliação da Componente de Prevenção .....	68
Recomendações par a Componente de Prevenção .....	69
<b>III. Componente de Tratamento e Cuidados.....</b>	<b>74</b>
III.1. Seguimento Pré -TARV .....	74
III.2. Progressos nos Serviços de TARV no Geral.....	75
III.3. Tratamento Anti-retroviral para Adultos .....	77
III.4. Tratamento Anti-retroviral Pediátrico.....	79
III.5. Co-Infecção HIV-Tuberculose .....	83
III.6. Cuidados Domiciliares e de Suporte.....	85
Avaliação Geral da Componente de Tratamento e Cuidados .....	87
Recomendações para a Componente de Tratamento e Cuidados .....	90
<b>IV. Componente de Mitigação de Consequências.....</b>	<b>92</b>
IV.1. Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis.....	92
IV.2. Segurança Alimentar e Nutricional e HIV.....	96
IV.3. Apoio a PVHS .....	98
Avaliação da Componente de Mitigação.....	100
Recomendações para a Componente de Mitigação .....	102
<b>V. Componentes de Suporte .....</b>	<b>103</b>
V.1. Coordenação .....	103
V.2. Monitoria e Avaliação .....	112
V.3. Pesquisa Operacional.....	116
V.4. Fortalecimento de Sistemas.....	117
V.5. Mobilização de Recursos e Financiamento da Resposta .....	120
Avaliação da Componente Suporte.....	128
Recomendações para a Componente de Suporte .....	129
<b>Conclusões e Recomendações Gerais .....</b>	<b>131</b>

## Abreviaturas

ACA	Avaliação Conjunta Anual
ARV	Antiretroviral
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CDC	Centro de Controle de Doenças (Centre for Disease Control)
CPC	Centro para Programas de Comunicação
CPN	Consulta Pré-Natal
CM	Circuncisão Masculina
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
COV's	Crianças Órfãs e Vulneráveis
EcoSIDA	Empresários Contra o HIV e SIDA
EP1	Ensino Primário do 1º Grau
EP2	Ensino Primário do 2º Grau
ES1	Ensino Secundário do 1º Ciclo
ES2	Ensino Secundário do 2º Ciclo
EAP	Estratégia de Aceleração da Prevenção
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno Infantil
E-TV	Eliminação da Transmissão Vertical
FG	Fundo Global para Tuberculose, Malária e HIV
FORCOM	Fórum de Rádios Comunitárias
GAAC	Grupo de Apoio a Adesão Comunitária
GTM&A	Grupo Técnico Multisectorial de Monitoria e Avaliação
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IDS	Inquérito demográfico e de Saúde ( <i>Demographic and Health Surveys - DHS</i> )
INE	Instituto Nacional de Estatística
INS	Instituto Nacional de Saúde
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre SIDA
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MDN	Ministério da Defesa Nacional
MEGAS	Medição de Gastos em SIDA
MICS	Inquérito de Indicadores Múltiplos
MMAS	Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social
MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MINT	Ministério do Interior
MJD	Ministério da Juventude e Desportos
MONASO	Rede de Organizações de Luta Contra o SIDA
MOT	Modos de Transmissão
MPD	Ministério da Planificação e Desenvolvimento
MTS	Mulher Trabalhadora de Sexo
M&A	Monitoria e Avaliação
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao HIV
OCB	Organização Comunitária de Base
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o SIDA
OSC	Organização da Sociedade Civil
PARP	Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta
PEN	Plano Estratégico Nacional
PNB	Pacote Nutricional Básico

POA	Plano de Orçamental Anual
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
PSI	Population Service International
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
QAD	Quadro de Avaliação de Desempenho
SAAJ	Serviço Amigo para Adolescentes e Jovens
SE-CNCS	Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SM&A	Sistema de Monitoria e Avaliação
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SVC	Sistema de Vigilância Comportamental
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
TB	Tuberculose
ToR	Termos de Referência
UATS	Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde
US	Unidades Sanitárias
URN	Unidades de Reabilitação Nutricional
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia-geral das Nações Unidas para o HIV e SIDA
UPC	Unidade de Planificação e Coordenação
USAID	Agência Americana para o Desenvolvimento Internacional
WILSA	Women and Low in Southern África

## Sumário Executivo

No ano 2010, o Governo de Moçambique aprovou o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN III, 2010 – 2014), um instrumento referencial e orientador para os investimentos dos sectores e parceiros que se engajam para consubstanciar a resposta nacional ao flagelo do HIV e SIDA em Moçambique. Este documento é parte integrante da agenda de Governação do País, vinculando-se ao Programa Quinquenal do Governo (2010-2014).

Transcorridos cerca de 3 anos de vigência do PEN III, o Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA e parceiros reconheceram a necessidade de se proceder uma avaliação holística do desempenho do PEN III.

Esta avaliação coincide com o contexto actual de rápida transformação dos paradigmas de resposta ao HIV SIDA a nível nacional e internacional e, visa aferir o grau de progresso na implementação do PEN III no período que vai de 2010 até finais de 2013, produzindo informação e preparando/identificando pressupostos para o desenho do PEN IV, bem como o estabelecimento de bases informadas para o desenvolvimento de um caso de investimento para as Novas Modalidades de Financiamento do Fundo Global.

Nesta avaliação foi adoptado o modelo de avaliação sumativa, como modelo capaz de gerar evidências sobre casualidades e visualizar o desempenho geral do PEN III. Neste processo de avaliação ficou evidente que, logo após a aprovação do PEN III, o facto de este exercício não ter sido acompanhado pelo imediato alinhamento de indicadores de base e metas específicas, representou um grande constrangimento seja para a orientação programática dos implementadores, que não dispunham de bases quantitativas sólidas para determinar o seu quinhão de contribuição nas intervenções de resposta ao HIV e SIDA, assim como para o próprio processo de aferir o desempenho do PEN III.

O relatório de avaliação está organizado em observância da estrutura temática do PEN III, nomeadamente: (i) Redução do Risco e da Vulnerabilidade; (ii) Prevenção; (iii) Tratamento e Cuidados; (iv) Mitigação das Consequências e; (v) Componentes de Suporte e Fortalecimento de Sistemas, sendo apresentados os níveis de desempenho, desafios e recomendações inerentes a cada componente.

### *Desempenho da Componente de Redução de Risco e Vulnerabilidade*

Apesar da relevância da componente de Redução de Risco e Vulnerabilidade definida no âmbito do PEN III, as intervenções inerentes não foram adequadamente estruturadas, assumindo um carácter disperso, diferenciado e não padronizado, o que dificulta aferir os resultados alcançados, à excepção, quiçá, do *Pacote Básico* implementado pelo MINED a escala nacional, sendo um dos pontos de entrada para a consciencialização e educação dos adolescentes nos estabelecimentos educacionais, que já alcança 16.863 escolas e cerca de 5.5 milhões de alunos.

A nível comunitário, a redução de práticas culturais que contribuem para aumentar o risco de vulnerabilidade da rapariga e da mulher, como é o caso das questões relacionadas com os casamentos prematuros, sexo intergeracional, disparidades de género, não apresentam evidências de terem sido eficientemente implementadas e respondidas, ainda que sejam conhecidas iniciativas de organizações da sociedade civil vocacionadas à promoção da justiça de género (WLSA, Fórum Mulher, N'weti, FORCOM) que realizaram neste período

acções diversas de advocacia e capacitação para o empoderamento da mulher e rapariga, em parceria com as rádios comunitárias espalhadas pelo país.

No processo de elaboração do próximo PEN IV esta componente deverá merecer uma profunda reestruturação, procurando assegurar a integração destes aspectos nas demais componentes, e promovendo uma melhor interligação com outras componentes, na perspectiva dos direitos humanos.

Enquanto isso, importa referir que ainda no decurso da implementação do PEN III houve um esforço em aferir-se a funcionalidade dos pacotes legislativos que velam pela protecção dos direitos de PVHS, quer no local de trabalho, quer na comunidade. Este exercício, que incluiu auscultações várias levadas a cabo pelo Gabinete Parlamentar de Combate ao HIV e SIDA apoiado pelo Sistema das Nações Unidas (OIT e PNUD), culminou com a produção de uma emenda, o que levou a que as duas leis em causa (5/2002, de 5 de Fevereiro e 12/2009, de 21 de Março) fossem submetidas ao Parlamento Moçambicano para revisão e actualização.

Igual esforço foi desenvolvido na fase inicial da implementação do PEN III para a produção de um Plano de reforço à implementação da Acção contra o HIV e SIDA no país. Este exercício foi influenciado pelas deliberações do encontro de alto nível de Nova Iorque – Sessão Especial da Assembleia Geral nas Nações Unidas (UNGASS Plus 10) – cujas deliberações impeliram os países a repensarem nas suas abordagens estratégicas e sobretudo a reorientarem as suas metas com vista ao alcance do acesso universal a prevenção, cuidados e tratamento até ao ano de 2015, altura em que terminam os compromissos da implementação dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Moçambique terá sido referido como o primeiro país a levar a efeito esse esforço e dele terá surgido a iniciativa do Plano de Aceleração do MISAU.

### *Desempenho da Componente de Prevenção*

No contexto do PEN III, a componente de Prevenção é assumida como a principal prioridade do Governo e é uma das mais ricas, diversas e complexas, com múltiplos pontos de entrada, exigindo por isso muita ponderação na análise do seu desempenho geral e particular.

Os serviços de **Aconselhamento e Testagem em Saúde** registaram um significativo aumento de cobertura nos anos 2012 e 2013, com pouco mais de 4,5 milhões de pessoas aconselhadas e testadas através dos múltiplos canais de entrada para esses serviços. Os dados de 2013 ilustram que 51% das pessoas testadas foram alcançadas através das consultas de Saúde Materno Infantil. Entretanto, a evolução do indicador relativo a percentagem de adolescentes e jovens que foram aconselhados e testados para o HIV nas US (SAAJ+ATS) tem sido lenta e insuficiente para atingir a meta reajustada para 2014, embora tenha atingido as duas últimas metas anuais.

Na entrada em vigor do PEN III, as acções de coordenação para área do **preservativo** ganharam novo ímpeto através do trabalho de coordenação realizado pelo Grupo de Trabalho Multisectorial sobre o Preservativo. Entretanto, o processo de auscultação no contexto desta avaliação indica que, a nível provincial, persistem desafios relacionados ao escoamento e gestão logística da distribuição do preservativo, a partir dos armazéns regionais para os múltiplos pontos de redistribuição nas comunidades. Além disso, a fragilidade do sistema de monitoria e gestão de preservativos não permite aferir com rigor

o volume de preservativos distribuídos, os níveis de cobertura e a consistência dos dados reportados.

Em relação a **Prevenção do HIV em Populações Chave (Grupos de Alto Risco)** cumpre destacar que, entre 2011 e 2012, foram realizados importantes inquéritos, tais como o Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo e o Inquérito biológico e comportamental sobre os homens que fazem sexo com homens, que permitiram aferir o tamanho populacional e a prevalência do HIV entre as populações de Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS) e Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), nas 3 principais capitais provinciais do país. Além dos estudos e intervenções voltados para alcançar MTS e HSM, o período de implementação do PEN III destaca-se também por ter investido no conhecimento das dinâmicas de várias outras categorias populacionais e socioprofissionais que configuram as populações chave, como é o caso da população prisional, mineiros e camionistas.

Em termos programáticos, no período da implementação do PEN III, foi notório o aumento de programas voltados para alcançar as populações chave, sobretudo nas zonas urbanas e corredores rodoviários, com o envolvimento de várias organizações internacionais e nacionais, incluindo o redireccionamento das intervenções no âmbito da subvenção da Ronda 9 apoiada pelo Fundo Global, para passar a cobrir algumas populações chave em ampla escala, até 2016. O desafio persistente para aferir o alcance das intervenções voltadas para atingir estas populações está na harmonização dos instrumentos de M&A.

Na subcomponente de **Deteção e Tratamento de ITSs**, em 2011, O MISAU procedeu à revisão das metas do PNC ITS-HIV/SIDA para o período 2012 a 2014. Em relação ao total de casos de ITS, em 2012, conseguiu-se alcançar 513.509 casos o que corresponde a 68% da meta estipulada contra 588.095 que corresponde a 67% do mesmo período em 2013.

Em relação a subcomponente inerente a **Circuncisão Masculina**, é de notar que, em 2012, o MISAU produziu a Estratégia Nacional de Circuncisão Masculina, 2013-2017, com a principal meta de alcançar dois milhões de homens dos 10-49 anos circuncidados até 2017. O número de unidades fixas que oferecem CM cresceu de 16 em 2012 para 27 em 2013. Seis unidades temporárias adicionais aumentaram a quantidade total para 33, em seis diferentes províncias. O número de circuncidados neste período aumentou em 61.4% passando de 90.509 em 2012 para 146.046 em 2013. Entretanto o cumprimento das metas anuais continua baixo tendo decrescido de 50% em 2012 para 37.2% em 2013. O decréscimo está associado ao ambicioso plano traçado que previa um aumento de actividades de 2012 para 2013 em mais de 100%. Por outro lado, factores socioculturais tem influenciando negativamente a geração de demanda e a promoção da aderência a este procedimento.

A expansão do programa de **Prevenção da Transmissão Vertical** constitui um dos maiores progressos registados nestes 3 anos de vigência do PEN III. O programa iniciou em 2002 implementado em 8 unidades sanitárias que implementavam o PTV, em 2010, a expansão do programa tinha sido para 909 (86%) das 1.063 unidades sanitárias com CPN. Nos anos subseqüentes o programa foi registando os mesmos progressos alcançando 1213 US a fazer PTV, cerca de 150 US acima da meta do quinquénio 2010/2014. Em termos de resultados, a prevenção da transmissão da mãe para o filho aumenta exponencialmente a sua cobertura, embora nem todas as metas tenham sido cumpridas.



Progressos importantes foram também registados a nível programático e de advocacia política para PTV: Em 2012 foi desenvolvido o *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012/2015*. Em Junho de 2013 foi iniciada a implementação da Opção B+ (TARV Universal para mulheres grávidas e lactantes) no país, que deve ser oferecida apenas em US a oferecer TARV. De modo a permitir a implementação da Opção B+ no país foi necessária a organização da delegação de tarefas para as Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (ESMI), assim como a implementação do modelo da Paragem Única na SMI, com oferta de cuidados e tratamento para o HIV dentro dos serviços de SMI.

Apesar dos significativos progressos registados no programa de PTV, persistem desafios relacionados com o manuseio de dados: Alguns indicadores relativos a cobertura do programa têm sido problemáticos ao longo dos anos. Outro dos desafios que afectam o desempenho do programa está relacionado com a baixa cobertura de partos institucionais e desafios de retenção no seguimento na CPN, com apenas 50% das mulheres grávidas a terem a 4ª CPN. A adesão ao TARV e retenção de pacientes (mulheres, crianças, população geral) são desafios de mudança de comportamento que exigem, a consideração da perspectiva sócio cultural e de comunicação para o melhor uso de sinergias e das ligações entre US e estruturas comunitárias.

Através da EcoSIDA, órgão de coordenação do **Sector Privado**, foi promovido lobby e advocacia junto do sector privado para incentivar o desenvolvimento de acções de resposta apropriadas para o sector privado. Em comparação aos primeiros anos da implementação do PRN III (2010/2011), nos anos 2012 e 2013, o papel de coordenação do ECOSIDA foi relativamente reduzido, como resultado de redução de financiamento. Todavia, a ECOSIDA continua a jogar o seu papel de providenciar assistência técnica as Pequenas e Médias Empresas e companhias para a elaboração das políticas de HIV e SIDA no local de trabalho. Recentemente, no âmbito da Ronda 9 apoiada pelo Fundo Global, a EcoSIDA tem oportunidade de ampliar a sua escala de intervenção, mercê dos fundos alocados por este mecanismo.

A implementação da Estratégia de Resposta ao HIV na **Função Pública** deu mais um passo impulsionador para sistematizar as intervenções chave e estabelecer sistemas, mas o trabalho focalizou-se mais no nível central, com algumas actividades com os Secretarias Provinciais. Durante as sessões de auscultação com Sector Público no âmbito desta avaliação foi notório que, alguns sectores (MDN, MINED, MINT) reportaram ter conseguido integrar algumas actividades chave no PES sectorial. Todavia, de modo geral, ao nível das instituições do sector público, persiste o desafio de uma planificação e orçamentação verdadeiramente integradas, incorporando assuntos e temáticas relacionados a prevenção e combate ao HIV e SIDA na função pública.

Com a implementação do PEN III foram revitalizados, funcionalizados e fortalecidos os Grupos Técnicos de Comunicação ao nível central e provincial de forma a assegurar a coordenação e consolidação das actividades da área de **comunicação para a mudança de comportamento**, no âmbito da implementação da Estratégia Nacional de Comunicação para o Combate ao HIV e SIDA. Neste período, algumas organizações produziram programas específicos e **campanhas de comunicação** que foram veiculados em diferentes províncias e ou regiões do país. Estas iniciativas alcançaram diversos universos populacionais, não obstante a dificuldade de harmonizar os dados sobre o seu grau de cobertura.



**Resumo de recomendações para a componente de prevenção**

No contexto da implementação do PEN III foi constatado que, a despeito de assumir-se como uma das principais prioridades da resposta ao HIV e SIDA no país, a prevenção sócio-comportamental, nos últimos anos, foi secundarizada em detrimento das componentes biomédicas e deverá merecer atenção no contexto da elaboração do PEN IV, revigorando-se e redimensionando as suas acções estratégicas para reduzir o número das novas infecções em conformidade com as novas tendências da epidemia, em melhor articulação com as abordagens biomédicas, tendo em conta os resultados das análises sobre os modos de transmissão e as pesquisas biológicas e sócio comportamentais entre as populações chave.

Em relação ao preservativo recomenda-se a realização de estudos sistemáticos que permitam aferir o grau de cobertura do sistema de distribuição de preservativos pela via gratuita e pela via de comercialização subsidiada, assim como o reforço do sistema logístico para garantir o escoamento dos preservativos dos armazéns regionais e provinciais para os pontos de redistribuição ao nível das comunidades, com vista a assegurar que este dispositivo de protecção chegue em tempo oportuno ao usuário final.

Em relação ao ATS recomenda-se a continua expansão desses serviços na comunidade e maior coordenação e integração entre a comunidade e as unidades sanitárias, tendo em conta a capacidade de resposta das US e metas estabelecidas em contínuo alinhamento e coordenação entre o MISAU e os parceiros implementadores, assegurando uma harmonização na determinação das metas e um redireccionamento do enfoque para as populações chave, casais sero-discordantes (caso índice), capitalizando dos resultados do estudo sobre os modos de transmissão, com vista a maximizar a eficiência do investimento na testagem.

Em relação as Populações Chave recomenda-se prosseguir com a implementação de programas voltados para alcançar estas populações, assegurando a harmonização dos pacotes de serviços a serem providenciados e garantir a ligação com as componentes clínicas, harmonizando os sistemas e procedimentos de M&A.

Para a Circuncisão Masculina recomenda-se o reforço das estratégias de comunicação com enfoque para a criação de demanda por este serviço clínico, atendendo as variações culturais nas áreas de enfoque.

No que concerne à Transmissão Vertical, recomenda-se o desenvolvimento da estratégia de implementação da integração do PF nas intervenções relacionadas com o HIV e vice-versa; contínua expansão da Opção B+ e do Diagnóstico Precoce Infantil para pelo menos 90% das US a oferecer PTV e implementação de intervenções que focalizem as barreiras de género, incluindo o desenvolvimento de um pacote de intervenções comunitárias básicas para agentes comunitários no contexto da E-TV.

Em relação a Comunicação e Mudança de Comportamento recomenda-se a consolidação dos ganhos conseguidos com a implementação da Estratégia de Comunicação e a promoção de intervenções que estimulem mudanças sociais nas comunidades, mobilizando os influenciadores para fortalecerem a redução do estigma em relação ao HIV e SIDA; apoio psicossocial para PVHIV; alcance dos casais sero-discordantes; rejeição social de Múltiplos Parceiros; incremento da aceitação e demanda dos serviços de saúde; referências aos serviços clínicos; apoio para retenção aos serviços; adesão ao TARV; igualdade de género; redução da violência baseada no género, incluindo a redução dos índices de casamentos

prematturos; mitigação, cuidados domiciliaries e COVs. Populações chave específicas deverão dispor de pacotes direccionados de comunicação, adaptados a cada perfil sócio comportamental.

### *Desempenho da Componente de Cuidados e Tratamento*

Na componente de cuidados e tratamento, a expansão de US que administram TARV foi um dos maiores progressos registados durante a vigência do PEN III. Esta evoluiu de 216 unidades sanitárias oferecendo serviços de TARV em finais de 2010 para 563 em finais de 2013 com um aumento de 78% entre 2012 e 2013 o que permitiu aumento significativo de pessoas em TARV, no contexto da implementação do Plano Acelerado de resposta ao HIV no sector da Saúde. Até 2009, estavam em TARV 156.688 adultos (63.306 homens e 106.892 mulheres). Entre 2012 e 2013 o número de adultos em tratamento Antiretroviral continuou evoluindo e atingido 497.455 pessoas, o que representa uma cobertura de 72%. Entre os factores que contribuíram para este desempenho destacam-se a partilha de tarefas na provisão de TARV, elaboração de novas normas, introdução da opção B+ e paragem única no âmbito da implementação do Plano Acelerado do HIV e SIDA e respectivo Plano de Monitoria que introduziu novas metas nacionais e provinciais.

Lentos progressos estão sendo registados em relação ao TARV pediátrico. Embora, em termos absolutos, o número de crianças em tratamento esteja a crescer, as crianças em TARV representam apenas 8,3%, o que está longe dos padrões recomendados pela OMS. A cobertura nacional do TARV Pediátrico está estimada em 39% das necessidades. Um melhor desempenho do TARV pediátrico foi limitado pela demora dos resultados de PCR devido a insuficiente capacidade laboratorial que faz com que algumas mães desistam e ocorrem abandonos; fraco seguimento de crianças expostas ao HIV aliada a falta de capacidade para busca na comunidade; fraqueza na ligação entre a área de CCR e os serviços de TARV e défice de pessoal capacitado para administrar o TARV pediátrico.

No concerne as actividades colaborativas entre os programas de HIV e SIDA e TB, embora se tenha verificado um progresso relativo a proporção de doentes com TB aconselhados e testados para HIV, desafios persistem em relação ao despiste atempado de TB a todos os doentes com HIV e do HIV a todos doentes com TB e o consequente manejo imediato e adequado de casos co-infecção TB/HIV. De 2010 a 2013 a proporção de casos de TB aconselhados e testados para HIV evoluiu de 88% para 95%. A implementação da abordagem de “paragem única” está a contribuir para uma maior complementaridade das intervenções. No entanto há desafios para se cobrir todos os co-infectados que necessitam de TARV na medida em que estima-se que estes ascendem a cerca de 82 mil, enquanto apenas cerca de 25% (20.400) estão ser beneficiados, o que sublinha a importância do aumento da detecção de casos de TB e a posterior provisão de TARV nos casos de infecção.

A área de cuidados domiciliários foi a que menos se destacou na componente de cuidados e tratamento. Com início da implementação do PEN III procurou-se potenciar os cuidados e visitas domiciliárias, tendo em conta o novo protocolo aprovado. Durante a vigência do PEN III assistiu-se a uma redução no número de organizações implementando cuidados domiciliários tendo, consequentemente, reduzido o número de beneficiários alcançados por este tipo de iniciativa. Aparentemente, a crescente disponibilidade do TARV estaria a contribuir para a melhoria da condição geral de saúde das populações, reduzindo o número de doentes acamados e que precisam de cuidados domiciliaries. Por outro lado, a falta de recursos para financiar OCBs implementadoras representou um grande constrangimento

na implementação das intervenções de índole comunitária, incluindo as visitas domiciliares, que poderiam ser um importante mecanismo de estímulo a adesão ao TARV.

### ***Resumo de recomendações para a Componente de Cuidados e Tratamento***

As prioridades para área de cuidados e tratamento no PEN IV deverão estar voltadas para a contínua expansão de TARV, aumento da adesão e retenção de pacientes e fortalecimento da ligação entre serviços biomédicos e componente comunitária. Entre as actividades a priorizar destaca-se ainda a necessidade de desenvolver-se uma estratégia de retenção com respectivo sistema de monitoria com enfoque para mulheres grávidas, lactantes e crianças ancorada numa articulação eficaz com os sistemas comunitários, incluindo um crescente envolvimento das PVHS e famílias, através de implementação de iniciativas de literacia para o tratamento e participação em grupos de apoio a adesão.

### ***Desempenho da Componente de Mitigação***

Na componente programática de apoio às crianças órfãs, o destaque vai para os avanços registados na vertente de desenvolvimento de políticas e estratégias, em particular, a aprovação, em 2012, do Plano Nacional de Acção para a Criança (2013-2019), o desenho e aprovação do instrumento com os critérios mínimos para o cuidado de COVs e, a elaboração do guião de referência de serviços clínicos e sociais para COVs, todos em 2013. Durante a implementação do PEN III cerca de 1.118.720 crianças órfãs e vulneráveis receberam apoio multiforme. Este apoio consistiu em produtos alimentares, habitação, material escolar, kits de material diverso, provisão de atestados de pobreza, redes mosqueiras e vestuário. Constituem desafios nesta área, a persistência de desigualdades significativas em termos de acesso a educação e o limitado alcance das acções de apoio psicossocial as COVs.

A ligação entre a segurança alimentar e nutricional foi materializada através do desenvolvimento, pelo Ministério da Saúde, do Guião de Orientação Nutricional para PVHIV; integração entre 2010 e 2011 da nutrição nos serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), Publicação pelo MISAU do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional e a introdução do uso do Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU/RUTF) de tratamento em ambulatório para a Desnutrição Aguda Grave no âmbito da implementação do Programa de Reabilitação Nutricional.

A componente de apoio as PVHIV teve baixo desempenho durante a vigência do PEN III, por razões ligadas a escassez de recursos financiamento para as organizações que apoiam as PVHIV. Em consequência o número de associações de PVHS activas reduziu. Os escassos dados reportados indicam uma diminuição no reporte do número de organizações que apoiam PVHS de 288, em 2010, para 148 em 2011 e uma redução de 190.006 PVHIV assistidas em 2010 para 8.592 em 2011.

### ***Resumo de Recomendações para a Componente de Mitigação***

As prioridades para área de Mitigação das Consequências no PEN IV deverão estar voltadas para o reforço das intervenções na área de *Segurança Alimentar, HIV e Nutrição, incluindo o desenvolvimento de normas, protocolos e planos operacionais relativos a nutrição no contexto do HIV; Fortalecimento da capacidade dos trabalhadores de saúde das unidades sanitárias e dos provedores de saúde na comunidade, com enfoque sobre assuntos de nutrição e HIV.*

## ***Desempenho da Componente de Suporte***

### ***Coordenação***

A coordenação da resposta nacional ao longo da implementação do PEN III tem sido um grande desafio em associação a fragilidade dos seus vários sistemas, aliado à limitação de capacidade humana, técnica, de meios e institucional do órgão confiado para esta função, que tem se mostrado aquém da dimensão do país e da demanda das necessidades dos implementadores, conforme indicaram os resultados dos processos de auscultação.

Logo após a aprovação do PEN III, houve um esforço no sentido de o CNCS-SE apoiar os Ministérios chave e o nível provincial respectivo, a produzir planos operacionais de implementação das direcções estratégicas daquele documento. Os Planos a que a avaliação teve acesso reportavam apenas aos primeiros dois anos de implementação, mas muitas das actividades arroladas acabaram esbarrando com a falta de financiamento, não tendo igualmente havido registo de seguimento ou monitoramento dos mesmos.

Ainda assim, há registo de um esforço no sentido de trazer-se ao debate as grandes preocupações sobre o HIV e SIDA da escala mundial para o seu enquadramento estratégico no país, como foi o caso da discussão e busca de estratégias e abordagens para a domesticação das recomendações da Reunião de Alto Nível dos Chefes de Estado e Governo em sede da Reunião Especial do Conselho das Nações Unidas, em 2010. Igualmente, há preocupação de monitorar e fazer se seguimento ao nível do Conselho de Ministros, da implementação da Estratégia da Aceleração da Prevenção, que é parte integrante do PEN III.

A coordenação também foi visível no esforço da facilitação das auscultações sobre a legislação que tutela a problemática da protecção dos direitos das PVHS no local de trabalho e na comunidade, cujas recomendações culminaram com a produção de emendas a esta legislação pelo Parlamento Moçambicano.

Igualmente importante, foi a parceria estabelecida entre o CNCS e a OMS, no sentido de apoiar na produção dos Planos Distritais, o que viabilizou a recomendação do Governo no que concerne a descentralização. As Províncias de Maputo e Gaza são um exemplo bem sucedido desse exercício, o que culminou com responsabilização explícita dos Administradores Distritais, no sentido de tomarem uma acção mais proactiva relativamente aos desafios que o HIV e SIDA impõem, ao nível da base.

A despeito desse esforço, de um modo geral, é útil anotar-se que os mecanismos de coordenação, embora tenham tido uma funcionalidade visível, mas variável aos níveis central e provincial, no global tiveram um desempenho aquém da dimensão da resposta, na medida em que não há evidências de um esforço sistematizado, estruturado, consolidado e, acima de tudo, abrangente de procurar-se trazer à mesa do debate dos fóruns e espaços de coordenação existentes, todos os assuntos inerentes ao PEN III, bem como aferir-se a dinâmica das intervenções em curso, os mecanismos alternativos de financiamento existentes e seus efeitos nas prioridades definidas pelo Governo.

Os dados reportados e da auscultação referem que o princípio dos Três Uns - Um único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação - não está a ser seguido na íntegra pelos parceiros nacionais e internacionais envolvidos na implementação do PEN III. Os parceiros nacionais e internacionais não raramente partilham os seus planos de actividades com o CNCS, os NPCCS e/ou a Administração Distrital (Ponto focal do distrito). A maior parte das organizações parceiras

também não envia os relatórios, e quando o fazem, estes são enviados apenas para o Ministério da Saúde (MISAU), da Mulher e Acção Social (MMAS) ou outros que têm a tutela das suas áreas de actuação. Em suma, não foi constatado o cumprimento do princípio dos Três Uns, na medida em que se reportou que não era feita uma planificação conjunta e inclusiva a todos os níveis (Nacional, provincial e distrital).

Como constrangimentos, ao longo do período em avaliação, a área da coordenação viu-se confrontada com duas questões chave: por um lado, a redução do financiamento para a resposta em geral, o que fragilizou sobremaneira o desdobramento das componentes de apoio à implementação das actividades terapêuticas e outras de maior visibilidade. Por outro lado, a focalização da resposta em actividade meramente biomédicas, a despeito de um reconhecimento generalizado do peso que as componentes de prevenção ainda têm e terão numa realidade como a de Moçambique, onde o recurso às unidades sanitárias exige mobilização e apoio social, criação de demanda e mecanismos comunitários de reforço a adesão. A redução do financiamento teve efeito negativo nas componentes de prevenção e comunitária, o que redundou em que grande parte das organizações nacionais, sobretudo as de base comunitária (ONGs, OCBs), desaparecessem ou perdessem, sobremaneira, as suas estruturas organizativas e capacidades funcionais.

### ***Monitoria e Avaliação***

O PEN III propôs-se a seguir uma abordagem de gestão baseada em resultados para a resposta nacional que pressupunha um sistema de M&A que deveria garantir que todos os indicadores estabelecidos (de execução ou de resultados e impacto) fossem medidos e obter-se linhas de base. Este pressuposto não ocorreu, a planificação que se esperava orientada para resultados baseou-se num processo inacabado e inconsequente, expresso pelo facto dos planos operacionais produzidos cobrirem apenas os primeiros dois anos de implementação e na sua maior parte reunindo indicadores incompletos e ou com uma total ausência de linhas de base, bem como com uma orçamentação cuja base metodológica para os cálculos dos custos não é conhecida.

### ***Pesquisa Operacional***

Durante a vigência do PEN III, houve um reconhecimento generalizado da importância de basear-se as intervenções em evidências, sendo imperiosa a promoção da pesquisa-acção e/ou utilitária. No decurso da implementação do PEN III houve algum esforço para o estabelecimento de uma plataforma de aproveitamento da pesquisa operacional e destacou-se a realização dos seguintes estudos e pesquisas: relatório de Medição de Gastos em SIDA (MEGAS); divulgação dos dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009); preparação dos relatórios sobre o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS); Behavioural Sexual Survey (BSS) e estimativas sobre o nível do impacto do HIV e SIDA em Moçambique; realização de estudos sobre Populações chave (IBBS).

### ***Mobilização de Recursos***

Impunha-se neste domínio um maior cometimento do Estado Moçambicano, expresso por um crescente aumento da provisão de recursos para a área de saúde e particularmente para cobrir as necessidades financeiras na área do HIV e SIDA. As evidências que o relatório da Medição de Gastos em HIV e SIDA reporta não corroboram nesta direcção. Com efeito, o rastreio da despesa pública investida na área de saúde e do HIV e SIDA, em particular, mostra um investimento baixo e estacionário em algumas áreas e uma total ausência de alocações públicas noutras áreas chave, como são os casos do Tratamento Antiretroviral. Ainda assim, há um esforço e cometimento para com a resposta traduzida na assunção do



financiamento das actividades levadas a cabo pelo CNCS, ainda que numa proporção bastante pequena para a dimensão e demanda da resposta nacional em Moçambique. De modo geral, não há evidências de esforços de mobilização de recursos junto de um sector de investimentos que tende a florescer – o da indústria extractiva, que arrastam consigo massas laborais e que tendem a trazer efeitos colaterais sérios nos domínios da saúde e no caso vertente de Moçambique em ITS, HIV e Tuberculose.

### ***Custeamento, Orçamentação e Financiamento da Resposta***

O requisito da orçamentação que se assumia indispensável para a mobilização de recursos com vista a um compromisso mais forte de implementação terá sido outra fraqueza do exercício da formulação e implementação do PEN III. O facto de se ter conseguido cumprir com este objectivo apenas no segundo ano de implementação e mesmo assim com muita indefinição em pacotes chave, por exemplo nos campos da prevenção primária, não terá trazido uma alavanca para mesmo assim reunir-se uma ferramenta de base que pudesse subsidiar a fundamentação de busca de recursos para áreas e actividades imprescindíveis. O rastreio da despesa pública investida na área de saúde e do HIV e SIDA em particular mostra um investimento baixo e estacionário em algumas áreas e uma total ausência de alocações públicas noutras áreas chave, como são os casos do Tratamento Antiretroviral. Houve um esforço de mobilização ulterior de recursos para financiamento das actividades levadas a cabo pelo CNCS e das OCBs, mas foi numa proporção bastante pequena para a dimensão e demanda da resposta nacional em Moçambique.

O período de vigência do PEN III coincide com o momento mais crítico na história do financiamento da pandemia do HIV e SIDA nos países. Com feito, as dificuldades impostas aos países pela crise financeira internacional traduziram-se numa rápida redução das janelas de financiamento. Esta redução de financiamento veio condicionar o ímpeto da resposta ao HIV e SIDA, impondo o desaparecimento ou redução ao limite das iniciativas comunitárias e da sociedade civil, que emprestavam outro dinamismo na extensão das actividades de prevenção, advocacia e mitigação até à comunidade.

Na área de Gestão financeira o desempenho do CNCS nesta área foi misto, os progressos de realce foram observados nas áreas de fortalecimento da monitoria financeira através da facilitação do processo de descentralização financeira (integração e alinhamento dos NPCCS no E-Sistafe, elaboração e implementação de normas e instrumentos importantes de gestão), realização de auditorias, e na advocacia com vista a dar continuidade ao financiamento das OCBs. Os desafios permaneceram na área de criação de mecanismos para que os fundos de resposta ao HIV e SIDA fossem orientados e monitorados pelo CNCS, monitoria sistemáticas dos fundos gerais de resposta ao HIV e SIDA no país e na execução orçamental.

### ***Fortalecimento de Sistemas***

As iniciativas de fortalecimento dos sistemas, tal como recomendado no PEN III terão conhecido considerável retrocesso nos últimos 4 anos, sobretudo ao nível da Sociedade Civil. Com efeito, ainda que a Sociedade Civil tenha esboçado um Plano Estratégico e Operacional para dar seguimento às recomendações do PEN III, este documento acabou sendo apenas um instrumento de intenções. Ao longo da vigência do PEN III tem se assistido a desagregação e desaparecimento de organizações da sociedade civil moçambicana, dados os constrangimentos de financiamento motivados pela crise financeira internacional, o que vem realçar a fragilidade e insipiência dos processos de capacitação previamente iniciados, que vieram a mostrar-se não sustentáveis. Igualmente importante, é o facto de o investimento em capacitação institucional feito para as organizações da

sociedade civil, sobretudo em aspectos de gestão de programas, de monitoria e gestão financeira, não terem sido devidamente documentados. O grosso das organizações sofre uma rotação de pessoal muito acentuada e a maioria dessas organizações entrou em colapso, chamando a atenção para o seu alto nível de volatilidade e vulnerabilidade funcional.

### **Resumo de Recomendações para a Componente Suporte**

Em relação a **Coordenação**, recomenda-se a prossecução do processo de realinhamento e redimensionamento do CNCS/SE e respectivos Núcleos Provinciais, com vista a reforçar a efectividade desta entidade como órgão de coordenação, com capacidade de agregar e direccionar as expectativas/capacidades e competências dos múltiplos actores envolvidos na resposta ao HIV e SIDA. No processo de realinhamento, as tarefas e responsabilidades dos funcionários dos CNCS-SE, seus múltiplos parceiros bi e multilaterais, da sociedade civil, do sector público e do sector privado, deveriam ser redimensionados, de modo a assegurar a maximização das mais-valias e das vantagens acrescidas que cada um empresta no equacionamento da resposta nacional ao HIV e SIDA.

No que concerne aos **Processos de Planificação Sectorial e Descentralizada** recomenda-se proceder a um investimento estratégico na transferência de conhecimento e competências de planificação para os níveis provinciais e distritais, subsidiados pela provisão de conhecimento sobre o comportamento da epidemia.

Os próximos ciclos de planificação deverão ser concebidos, na sua base, em estreita ligação com os dados e sistemas de **Monitoria e Avaliação**, de modo a garantir que tais instrumentos estratégicos sejam efectivamente orientados para resultados e informados por evidências tangíveis e monitoráveis, previamente acordadas. De igual modo, recomenda-se que nos próximos ciclos de planificação da resposta, se procure capitalizar das experiências práticas de **Pesquisas Operacionais** realizadas no âmbito do PEN III (ex IBBS) ampliar em escala e frequência, de modo a captar as diferentes dimensões da resposta, permitindo a reorientação do investimento para intervenções mais eficazes e baseadas em evidências, numa perspectiva holística de resposta ao HIV e SIDA, incorporando outras endemias. A previsibilidade da realização da pesquisa deve ser assegurada através da alocação antecipada de recursos para estas iniciativas.

No que concerne a **Mobilização de Recursos** o país deverá investir maior esforço de mobilização de recursos nacionais, seja através das linhas governamentais de financiamento, seja por via de estreitamento de parcerias com o sector privado (sector de investimentos). Até ao momento, o SE-CNCS não dispõe de uma estratégia de mobilização de recursos, o que também contribui para a limitada capacidade de planificação e coordenação dos esforços de mobilização de recurso. Paralelamente, o nível de preparação e competitividade do país para aplicar os escassos recursos externos deve ser fortalecido, de modo a desenvolver propostas atractivas e competitivas para o financiamento externo, como é o caso das janelas de oportunidades criadas pelo Fundo Global para Tuberculose, Malária e HIV e SIDA, ao mesmo tempo que reforça os mecanismos de supervisão e monitoria do desempenho das subvenções. De igual modo, o SE/CNCS deveria procurar explorar novas linhas de advocacia para a mobilização de recursos a nível internacional, desenhando estratégias claras e realistas de mobilização de recursos e proceder de forma pro-activa e, não reactiva, como aparenta neste momento.

Nas matérias relacionadas com o **Fortalecimento de Sistemas**, nos próximos ciclos de planificação estratégica, deve ser reforçada a capacidade das Organizações da Sociedade



Civil em advocacia e representação dos interesses das suas múltiplas *constituências* de modo a ampliarem o impacto da sua voz nos diversos fóruns de concertação de abordagens sobre a resposta colectiva ao HIV e SIDA. As redes e plataformas nacionais, provinciais e distritais de organizações da sociedade civil devem ser privilegiadas como pontos de entrada para o processo de reforço das capacidades dos actores e instituições da sociedade civil, incluindo o fortalecimento de sistemas comunitários; o fortalecimento das capacidades para estabelecer a ligação com as US; aumentar a demanda para teste, adesão e retenção; e, monitoria da qualidade dos serviços TARV prestados pelo SNS. Cada vez mais a dimensão a qualidade e dos direitos deve ser incorporada nas acções da Sociedade Civil.

## Contextualização

Em 2010, o Governo de Moçambique aprovou o Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA (PEN 2010 – 2014), um instrumento referencial e orientador para os investimentos dos sectores e parceiros que se engajam para consubstanciar a resposta nacional ao flagelo do HIV e SIDA em Moçambique.

O PEN III foi elaborado num período de múltiplos desafios e oportunidades pois, a nível global, estavam a ser formulados novos compromissos na luta contra o HIV e SIDA. Como exemplo disso, está a Declaração Política de Alto Nível saída da reunião de revisão dos compromissos da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) em Junho de 2011 e, paralelamente, estavam a ser revistos alguns instrumentos de materialização das directrizes de tratamento do HIV e da Prevenção da Transmissão Vertical, como também revisões do Protocolo da OMS para o tratamento anti-retroviral de crianças, adultos e mulheres grávidas, bem como o lançamento do Plano Global para a eliminação das infecções pelo HIV em crianças.

É também relevante anotar que o desenvolvimento da conjuntura internacional e nacional do combate ao SIDA durante o período de 2010-2013, com a redução do volume de financiamento e de parceiros apoiando a resposta ao HIV, bem como a entrada de outros parceiros de apoio a resposta nacional, Moçambique viu-se na contingência de prosseguir com o processo de priorização das actividades e de abordagem baseado no investimento. Em 2012, o Ministério da Saúde (MISAU) alinhou nesta abordagem com a elaboração de um Plano de Aceleração da Resposta Sectorial ao HIV (2013-2015) que apresenta actividades necessárias e pertinentes para o MISAU atingir as metas ratificadas ao nível global, podendo este ser considerado um exemplo de priorização das actividades.

Transcorridos cerca de 3 anos e meio de vigência do PEN III, O Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA e os múltiplos parceiros nacionais e internacionais envolvidos na resposta ao HIV e SIDA em Moçambique reconheceram a necessidade de se proceder a uma avaliação holística do desempenho do PEN III, com vista a compreender as realizações alcançadas durante o período de implementação do PEN III, os desafios enfrentados, lições aprendidas com vista a estabelecer subsídios para informar processos subsequentes de estabelecimento de bases e parâmetros estratégicos e operacionais de orientação e governação da resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique.

Tendo em conta que o período de vigência do PEN III está a chegar ao seu término, foi determinado que, o presente ano de 2014, será desenvolvido o Plano Nacional Estratégico – o PEN IV (2015-2019) que irá investir numa abordagem baseada no investimento, com priorização de actividades. Nesse sentido, o exercício de revisão do PEN III, deverá ajudar a alinhar direcções estratégicas que serão atendidas na fase da elaboração do novo PEN IV.

Além disso, em sintonia com a busca de recursos adicionais para o país, impõe-se a imperativa necessidade capitalizar as oportunidades financeiras que o Fundo Global coloca aos países. O novo modelo de financiamento que este organismo internacional adopta, orienta à formulação de pedidos de financiamento fundados nos Planos Estratégicos Nacionais orçamentados, nos quais se mostra evidente a lacuna de financiamento para que tais Planos logrem alcançar os efeitos desejados.

Sendo que Moçambique se propõe concorrer para financiamento adicional à luta contra o HIV e SIDA, neste ano de 2014, que constitui o término da vigência do PEN III, e não se

mostrando administrativamente exequível a finalização de um PEN IV intervalo de tempo de que coincide com o período de desenvolvimento da proposta, é recomendável uma avaliação do PEN III que possa oferecer fundamentos, quer sob o prisma de melhor leitura dos contornos que a resposta ao HIV e SIDA vem registando nos últimos três anos, quer sob o ponto de vista de projecção de direcções estratégicas fundamentadas para configurar o PEN IV e, por conseguinte, uma acção de resposta justificada contra este flagelo para os anos 2015-2019.

Esta avaliação do PEN III enquadra-se neste contexto de rápida transformação dos paradigmas de resposta ao HIV SIDA a nível nacional e Internacional e visa aferir o grau de progresso na implementação do PEN III no período que vai de 2010, ano da sua aprovação, até finais de 2013, produzindo informação e preparando/identificando pressupostos para o desenho do PEN IV, bem como o desenvolvimento de um caso de investimento para informar o processo de desenvolvimento de propostas para os Novos Mecanismos de Financiamento por parte do Fundo Global.

## Metodologia

Tendo em conta que o PEN III foi desenhado na perspectiva de Planificação Orientada para Resultados, este instrumento estratégico é passível de ser avaliado numa perspectiva de avaliação orientada para Resultados, uma vez que cadeia de resultados esperados em cada uma das dimensões do plano pode, igualmente, ser desagregado e avaliado.

Neste contexto de avaliação, as questões a serem respondidas incluem: o nível de alcance ou não dos resultados intermédios e de longo prazo estipulados para o PEN III bem como a fundamentação das razões que levaram a um determinado desempenho. Para Esta avaliação do PEN III, foi adoptado o modelo de avaliação Sumativa como modelo capaz de gerar evidências sobre casualidades, e visualizar o desempenho geral do PEN III.

Em termos de métodos e técnicas de avaliação, para esta avaliação foi adoptada uma abordagem combinada, considerando um conjunto de técnicas de pesquisa qualitativa e análise de dados secundários de natureza quantitativa. Nessa perspectiva, para a realização desta avaliação foi realizada uma extensiva revisão de literatura e, em paralelo, foi implementado um processo envolvente de consulta e auscultação a nível provincial e central, envolvendo múltiplos parceiros e instituições.

### ***Revisão de literatura***

No contexto da revisão da literatura, procedeu-se a uma minuciosa análise, entre outros, dos seguintes documentos e instrumentos: Avaliações Anuais da resposta ao HIV e SIDA (CNCS e MISAU); Relatórios de Avaliação Anual Conjunta (CNCS e MISAU); Balanços e avaliações sectoriais, com destaque para os sectores que mais contribuem na resposta ao HIV e SIDA; Relatórios temáticos (Grupos de trabalho e outros); Planos Estratégicos e/ou operacionais Sectoriais (incluindo os POAs); Estudos sócio demográficos (IDS, INSIDA, IBBS, Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA, Resultados dos relatórios UNGASS/GARPR (2012 e 2013), documentos de posicionamento da sociedade civil, e relatórios de programas e projectos implementados por alguns dos parceiros envolvidos na resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique.

### ***Entrevistas e auscultação a nível distrital, provincial e central***

Paralelamente, foi efectuado um processo de auscultação provincial, com o estreito envolvimento do grupo técnico estabelecido pelo CNCS para participar e contribuir no processo de auscultação a diferentes níveis, sob orientação do Comité Director estabelecido para orientar este processo de avaliação do PEN III.

O processo de auscultação foi realizado a nível provincial e nível central tendo permitido interagir com os seguintes perfil de instituições e actores:

- Núcleo Provincial de Combate ao SIDA;
- Direcção Provincial da Saúde;
- Direcção Provincial da Educação;
- Outras Instituições do Sector Público envolvidas na resposta ao HIV e SIDA;
- Instituições do Sector Privado envolvidas na Resposta ao HIV e SIDA;
- Plataformas de Organizações da Sociedade Civil envolvidas na resposta ao HIV e SIDA;
- Organizações Nacionais e Internacionais mais activas na resposta ao HIV e SIDA;

- Redes ou associações de grupos minoritários (PVHS, Trabalhadoras de Sexo, Pessoas portadoras de deficiência, HSM, Migrantes, e outros);
- Indivíduos/individualidades com amplo domínio e experiência na matéria;
- Governo Distrital; Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social;
- ONGs e CBOs activas ao nível do Distrito, entre outros.
- Ministério da Saúde;
- Ministério da Educação
- Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social
- Outras instituições do sector público envolvidos na resposta;
- ECOSIDA e organizações do sector privado envolvidos na resposta ao HIV e SIDA.

Em representação provincial foram visitadas as províncias de Maputo, Gaza, Zambézia, Tete e Niassa, tendo sido abarcados pelo menos 2 distritos em cada província. Para a padronização do processo de auscultação a nível provincial foram usados guiões e ferramentas produzidos pelo grupo técnico e previamente discutidos com o comité director para avaliação do PENIII. A nível provincial, foram realizadas sessões de validação dos resultados do processo de auscultação, envolvendo as múltiplas *constituências* de participantes do processo de consulta.

O processo de auscultação e consulta prosseguiu a nível central onde foram consultados os grupos de trabalho para a área do tratamento, prevenção, COVs, grupo de comunicação, para além de ter capitalizado de dois eventos importantes que foram a reunião de balanço do grupo técnico de Comunicação (realizada em Maputo, nos dias 29 e 30 de Abril de 2014) e a Reunião Nacional de Prevenção da Transmissão Sexual do HIV (realizada entre os dias 12 e 13 de Junho de 2014 em Maputo).

### ***Desafios, limitações e plausibilidade da avaliação do PEN III***

A tradução das direcções estratégicas contidas no PEN III estava condicionada á formulação de planos operacionais sectoriais orçamentados que não chegou a ser plena ou funcionalmente materializada, ainda que tenha havido um esforço desencadeado nesse sentido, que não chegou a ser bem conseguido. A ausência desta premissa programática e de financiamento das intervenções, limita a capacidade de avaliar a eficácia das intervenções e a efectividade dos processos.

No exercício da formulação do PEN III foi, logo à partida, relevada a importância de adoptar-se documentos e fontes primários de dados qualitativos e quantitativos, com particular realce para dados de linhas de base. No entanto, é de se sublinhar que a informação ou dados de linhas de base sobre todos os resultados definidos no PEN III não foram então identificados. A sua busca para o exercício revestia-se de importância crucial pois permitiria que a presente avaliação fosse munida de elementos objectivos de medição dos progressos alcançados nos últimos três anos de implementação desta Estratégia Nacional de Combate ao HIV e SIDA.

Tendo em conta esta realidade, é de se inferir que a ausência de informação de base ou de linha de base de indicadores foi encarada como uma lacuna e fraqueza sérias do PEN III, o que tornou difícil uma avaliação mais sustentada e exaustiva das metas alcançadas e progressos registados de um modo geral. As constatações que se apresentam nesta avaliação são derivadas da análise de como o desempenho de alguns indicadores foi sendo monitorizado e registado ao nível de resultados alcançados sem, todavia, uma comparação com o indicador de partida.

Apesar de se reconhecer que a fragilidade no estabelecimento dos indicadores de base para a posterior monitoria do PEN III impôs constrangimentos em algumas componentes do PEN III, sobretudo as tuteladas pelo CNCS, a empreitada de avaliação do PEN III pode ser considerada viável e plausível, tendo em conta que, um conjunto significativo de intervenções ancoradas no sector da saúde, dispunha de indicador e/ou de metas passíveis de serem rastreadas numa base anual, o que fornece um conjunto sistemático de evidências para visualizar, aferir e compreender a evolução das intervenções no quadro de resposta ao HIV e SIDA no país, nos últimos 3 anos.

### ***Estruturação do relatório de avaliação***

Este relatório de avaliação está organizado em observância a estrutura temática e organizativa do PEN III, nomeadamente; (i) Redução do Risco e da Vulnerabilidade; (ii) Prevenção; (iii) Tratamento e Cuidados; (iv) Mitigação das Consequências e; (v) Componentes de Suporte e Fortalecimento de Sistemas, olhando, com rigor para os indicadores e respectivas metas conforme dispõe o Sistema de Monitoria e Avaliação do PEN III (SM&A PEN III). A componente de comunicação estava considerada em duas secções do PEN III (Prevenção e Componentes de Suporte). Para efeitos desta avaliação, esta componente é analisada na componente de prevenção, embora seja reconhecido o seu carácter transversal, perpassando todas as secções e componentes de resposta ao HIV e SIDA.

## I. Componente de Redução de Risco e Vulnerabilidade

### Intervenções Previstas

Impacto da Componente	Aumentado o número de mulheres e homens vulneráveis ao HIV e SIDA que gozam dos seus direitos humanos e sociais
-----------------------	---

A redução da vulnerabilidade é a primeira componente do PEN III e as intervenções prioritárias focalizam-se em três níveis de desafios inter-relacionados:

- i) Factores de risco de nível individual e do casal, que inclui os factores biológicos, demográficos e comportamentais que podem influenciar o risco do indivíduo contrair o HIV;
- ii) Factores de risco de nível comunitário, que resume os determinantes da transmissão do HIV que estão fora da directa influência do indivíduo ou do casal;
- iii) Factores de risco de nível estrutural, que engloba aspectos directamente influenciados pelas políticas e Planos Estratégicos Nacionais de Resposta ao SIDA.

### Resultados Documentados

Dois documentos reportaram actividades que foram atribuídos a esta componente, nomeadamente o Relatório de Actividades e o de Avaliação Conjunta Anual do CNCS ambos de 2011, mas o conteúdo da informação reportada enquadra-se mais na componente de prevenção (área de Grupos de Alto Risco) e/ou na componente de mitigação de consequências (área de apoio as PVHS). Para além de provavelmente não terem sido realizadas actividades e atingidos resultados específicos nesta componente o facto pode também evidenciar dificuldades de compreensão, com clareza, da natureza do conteúdo das intervenções estratégicas desta componente na resposta ao HIV e SIDA no país<sup>1</sup>.

Não obstante esta limitação, a equipa de avaliação procurou rever outras fontes indirectas de informação, o que permitiu captar algumas intervenções e realizações que tem enquadramento nas iniciativas de redução de risco e vulnerabilidade. A consulta dessas fontes, permite aferir que, no que concerne aos adolescentes e jovens, reporta-se a implementação pelo Sector de Educação do Programa **Pacote Básico** no ensino primário que embora tenha como principal objectivo desenvolver acções de prevenção entre os alunos, visa igualmente capacitar a comunidade escolar em habilidades para vida e criar um ambiente escolar favorável a mudança do comportamento. O Programa desenvolve ainda actividades que promovem a auto-capacitação para a vida, em particular, em questões ligadas ao HIV e SIDA. O Programa reporta uma cobertura nacional de 16.683 escolas beneficiando 5.565.824 alunos. Em cada escola foi capacitado um professor coordenador do Programa.<sup>2</sup>

Ainda na componente de redução do risco dos adolescentes e jovens há reporte da implementação de um Programa de Educação de Pares, Rede de Participação da Criança nos órgãos de comunicação de mas, implementados com o apoio financeiro do UNICEF e que

<sup>1</sup>A ferramenta de diálogos comunitários conhecida por Tchova Tchova fornece um leque substantivo de <sup>2</sup> MINED, 2014. Fortalecimento da Comunicação de Adolescentes e Jovens para a Prevenção do HIV/SIDA.



abrange crianças, adolescentes e jovens entre os 9 e 19 anos de idade. Através de mais de 1500 jovens produtores rádio e TV, o Programa visa estimular o engajamento e a participação de crianças e jovens nos processos de desenvolvimento, proporcionando-lhes uma plataforma mais regular para expressar as suas opiniões.<sup>3</sup> Outra actividade com enfoque nas crianças, jovens e pais é o Programa radiofónico “mundo sem segredos”: Realizado na base da parceria entre o Ministério da Educação, Rádio Moçambique e Rádios Comunitárias. Este programa encoraja um diálogo aberto entre crianças e outros membros da comunidade em torno de questões de educação para saúde, saúde sexual e reprodutiva, prevenção do HIV e SIDA, equidade de género e outros temas transversais.

Na componente de redução do risco e vulnerabilidade individual, foi realizado um estudo sobre o índice de Estigma e Discriminação que documenta as diferentes formas e graus de estigma vivenciados pelas PVHS. Sendo um instrumento de advocacia, o índice de Estigma reporta que mais de 56% dos inquiridos sofreu alguma forma de discriminação desde insultos, pressão psicológica, exclusão social ou ataques físicos. No que se refere ao emprego ou fonte de rendimento, 17.7% perdeu esse emprego ou fonte de rendimento e dentre esses 36.6% pensa que a perda de emprego deveu-se ao seu estado de HIV positivo. Em relação aos serviços de educação e saúde, por exemplo, não há factores de realce que tenham impedido as PHVS de aceder aos mesmos, por exemplo, 87.3% dos inquiridos indicaram não terem tido nenhuma reclamação em relação aos serviços de saúde.<sup>4</sup>

Ao nível da componente de pesquisa operacional sobre a percepção do risco entre populações mais vulneráveis importa realçar a realizações de dois estudos: Avaliação da Situação: Da resposta ao HIV entre jovens em Moçambique (2012) e Avaliação da Campanha Unidos: Prevenção e eliminação da violência contra a mulher (2013). Estes estudos documentam de forma sistemática os principais factores de vulnerabilidade e risco dos jovens e identificam as várias estratégias e iniciativas desenvolvidas a nível político e programático para reduzir esta mesma vulnerabilidade quer seja através da consciencialização do homem sobre a violência praticada contra a mulher ou de programas que visam criar habilidades nos jovens.

Reporta-se a implementação pelo Programa Pacto da metodologia Tchova-Tchova numa primeira fase nas províncias de Zambézia e Sofala, Nampula e posteriormente somente nas províncias de Maputo Província, Maputo Cidade e Gaza. Esta metodologia visava promover a equidade de género, prevenção do HIV e adesão aos serviços de saúde através de diálogos comunitários que permitissem aos homens e mulheres, dentre outros factores (i) reflectir sobre a importância de examinar de forma crítica as normas sociais e reconhecer como algumas afectam a saúde e qualidade de vida das pessoas; (ii) reconhecer o impacto do HIV nas vidas das famílias e indivíduos e desenvolver estratégias de prevenção, adesão ao tratamento; (iii) acreditar que podem realizar mudanças individuais, na família e comunidades e (iv) procurarem os serviços de saúde e ajudar um ao outro a cumprir com as orientações e cuidados providenciados pelo sistema de saúde. Este Programa alcançou na Fase 1 e 2 cerca de 150.000 participantes entre facilitadores, pares e participantes.<sup>5</sup>

Em relação aos factores de vulnerabilidade ao nível estrutural, destacam-se as actividades implementadas pela EcoSIDA ao nível do Sector Privado e Informal que possibilitaram a

<sup>3</sup> UNICEF e UNFPA, 2014. Prevenção do HIV entre os Adolescentes e Jovens. Programas de Educação de Pares, Geração Biz e a Rede de Participação da Criança na Media.

<sup>4</sup> MISAU e Nações Unidas, 2013. Avaliação da Situação: Da Resposta ao HIV entre os Jovens em Moçambique.

<sup>5</sup> Pacto, 2014. Tchova-Tchova. Histórias de Vida: Diálogos Comunitários. (mais detalhes sobre esta ferramenta são apresentados na secção de prevenção, área de comunicação).

aprovação e elaboração de um total de 96 políticas de HIV no local de trabalho, para correspondente número de empresas. Outras actividades de destaque são a formação de núcleos no sector privado e informal que visam mobilizar os gestores de empresas em assuntos sobre HIV, Tuberculose e Malária. Ao nível das empresas foram ainda realizadas actividades de distribuição do preservativo masculino e feminino, divulgação da legislação sobre PVHS, sessões sobre o impacto do HIV nas empresas, aconselhamento e encaminhamento dos trabalhadores aos serviços de saúde.<sup>6</sup>

As visitas de auscultação realizadas nas 5 províncias seleccionadas para o processo de avaliação do PEN III, apontaram, adicionalmente, para a realização de algumas actividades de consciencialização sobre a violência baseada no género, assim como foi destacada a operacionalização do Gabinete de Atendimento da Mulher Vitima de Violência em todo o país, tuteladas pelo Ministério do Interior, com o envolvimento do Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social. Sobre este aspecto particular, a Campanha UNiDOS pelo fim da violência contra a mulher e rapariga implementada em Moçambique desde 2011 produziu e disseminou diferentes materiais impressos, audiovisuais para a sensibilização pública a nível nacional e apelo a prevenção e resposta a violência contra a mulher e rapariga, abarcando temas relacionados com Masculinidade e Violência; Lei Contra a Violência Doméstica Contra a Mulher; Direitos Humanos da Mulher, Violência e HIV e SIDA, entre outros, apesar de não haver registos do alcance da referida campanha em termos de resultados concretos, senão o reconhecimento de que as pessoas expostas pela campanha demonstram ter um conhecimento positivo sobre as materiais tratadas.<sup>7</sup> A Campanha incluiu ainda a apresentação do Programa Televisivo Homem que é Homem que foi mencionado pela audiência como uma fonte importante de informação sobre aspectos relativos ao género e violência contra a mulher.

Ainda sobre os factores de vulnerabilidade a nível estrutural a N'weti reporta ter implementado a nível nacional a campanha "Diz Não contra Violência Doméstica" que alcançou cerca de 2.408.879 pessoas através de uma abordagem multi-media composta por materiais de comunicação impressos (revistas e brochuras), de rádio (radionovelas e spots de rádio) e de televisão (série de vídeos de curta metragens e vídeo reportagens baseadas em histórias verídicas sobre violência doméstica). A intervenção "Diz Não a Violência Doméstica", avaliada de forma externa e independente pela Tulane University mostra que a campanha teve resultados positivos ao endereçar muitos dos seus objectivos de mudança social e de comportamento<sup>8</sup>.

Durante o processo de auscultação provincial, algumas províncias (Tete e Gaza) reportaram o facto de terem sido implementadas algumas intervenções de geração de rendimentos, mas que não tiveram nem a escala ou abrangência necessária para ser consideradas viáveis, para além do facto de que nenhuma das associações que se teriam beneficiado dos fundos iniciais ter conseguido ser bem sucedido na empreitada.

As iniciativas de empoderamento das mulheres e raparigas reportadas nas províncias de Niassa, Zambézia, Tete e Maputo, que incluíam a concessão de bolsas de estudos e

<sup>6</sup>EcoSIDA, 2011. Relatório Final de Actividades e Relatório Financeiro Final. Maputo. (mais detalhes na secção da prevenção).

<sup>7</sup> UNWOMEN, 2013 – Relatório de Avaliação da Campanha de Prevenção e Eliminação da Violência Contra a Mulher. Maputo.

<sup>8</sup>N'weti 2013. Avaliação Externa do Programa da N'weti sobre Violência Doméstica "Diz não a Violência Doméstica". Relatório apresentado na Conferência Internacional da Associação Americana de Saúde Pública em 2013 e na Conferência Internacional sobre HIV em África (ICASA) 2013.

engajamento em actividades profissionalizantes carecem de documentação sistemática e registos do seu desenvolvimento.

A contracção do Programa Geração Biz foi referida como limitante nas oportunidades que os adolescentes e jovens tinham para discutir questões relacionadas com Saúde Sexual e Reprodutiva nas diversas províncias visitadas.

Como desafios relacionados com a Redução de Risco e Vulnerabilidade, os entrevistados na províncias de Maputo, Gaza, e Niassa, apontaram para o elevado consumo de álcool como factor de vulnerabilidade entre os jovens e, que apesar de recentemente ter sido aprovada a legislação que inibe a venda de bebidas alcoólicas próximo aos estabelecimentos educacionais, persiste o fácil acesso e reduzido controle da exposição dos jovens ao consumo de bebidas alcoólicas.

Na província de Gaza, foi reportada a persistência de obstáculos de natureza sociocultural, tais como a poligamia, sexo-intergeracional bem como as disparidades de género, em associação a fragilidade no reforço e implementação da legislação que proteja as raparigas menores dos casamentos prematuros.

No que concerne aos factores de risco e vulnerabilidade a nível sociocultural, de forma geral há reporte de realização de poucas actividades com muitas inconsistências em termos de estimativa de graus de cobertura, bem como em termos de documentação clara sobre o seu real impacto.

Por outro lado, em relação a esta componente, a equipa de avaliação constatou que não foram desenvolvidos programas ou pacotes de serviços compreensivos e abrangentes para orientar os intervenientes na implementação estruturada de acções com vista a redução de risco e vulnerabilidade ao HIV e SIDA<sup>9</sup>. As intervenções implementadas assumem um carácter disperso, diferenciado e não padronizado, o que dificulta auferir o seu impacto ou resultados alcançados ao longo do período de vigência do PEN III.

*Matriz de Resultados: 1. Ambiente de risco e vulnerabilidade à infecção pelo HIV*

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação/ Resultados Alcançados</b>
1.1.Reduzidos factores de vulnerabilidade ao nível individual-comportamental	1.1.1. Aumento do número dos alunos de 10 -14 anos que desenvolveram habilidades que permitem identificar, contornar e melhor agir em situações de risco ou contextos de exposição	Implementação da estratégia Rede de Participação da Criança com o apoio do UNICEF que tem mais de 1500 produtores na Rádio e TV. <sup>10</sup> Implementação do Pacto Básico alcançado 16.683 escolas beneficiando 5.565.824 alunos.
	1.1.2.Aumento, entre os casos de estigma e discriminação, do número daqueles documentados e enquadrados em respostas positivas legais ou comunitárias	O Relatório sobre o Índice de Estigma realizado pela RENSIDA em 2013, indica que mais de 58% dos inquiridos reportaram terem sofrido discriminação e pouco somente 40% dos casos tiveram algum tipo de encaminhamento/ resolução. <sup>11</sup>
	1.1.3.Aumento do número de estudos sobre o “índice do estigma” sobre as pessoas que vivem com o HIV	

<sup>9</sup>Exceptuando a ferramenta tchova tchova que também não alcança todas as províncias.

<sup>10</sup> UNICEF e UNFPA, 2014. Prevenção do HIV entre os Adolescentes e Jovens. Programas de Educação de Pares, Geração Biz e a Rede de Participação da Criança na Media

<sup>11</sup> RENSIDA, 2013. Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA em Moçambique. Maputo

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação/ Resultados Alcançados</b>
	1.1.4. Aumento do número de homens envolvidos na redução da vulnerabilidade comportamental das mulheres	A campanha UNiDOS, implementou acções que incentivam o envolvimento dos Homens no combate a VBG, tais como Homem que é Homem, spots publicitários de celebridades campeões da mudança. <sup>12</sup>
	1.1.5. Aumento do número de relatórios de pesquisa operacional sobre estigma e discriminação implementados	Realizado 1 estudo abrangente sobre a matéria (Índice de Estigma, RENSIDA, 2013)
	1.1.6. Aumento do número de relatórios de pesquisa operacional sobre percepção de risco entre as populações vulneráveis e em maior risco	A Avaliação da Situação da Resposta ao HIV entre os Jovens em Moçambique, indica o elevado risco de infecção pelo HIV nas mulheres jovens em comparação aos jovens homens. <sup>13</sup> As acções desenvolvidas no âmbito da Campanha UNiDOS indicam que aumentou o nível de consciencialização sobre o risco da violência doméstica contra a mulher. <sup>14</sup> A campanha Diz não contra a Violência doméstica reporta o alcance de cerca de 2.408.879 pessoas com iniciativas consciencialização sobre a violência doméstica <sup>15</sup>
1.2.Reduzidos factores de vulnerabilidade ao nível sociocultural	1.2.1. Aumento do número de praticantes de medicina tradicional, parteiras tradicionais, líderes comunitários e religiosos formados e que implementam abordagens sobre ITS, HIV e SIDA	O Instituto de Medicina Tradicional reporta o treinamento em 2013 de 4.520 praticantes de medicina tradicional em cuidados de saúde primários. Em 2013 os PMTs referiram 4.056 pacientes suspeitos de HIV para a US. No mesmo ano os PMTs referiram igualmente 61 pacientes que haviam abandonado o tratamento HIV/TB <sup>16</sup> .
	1.2.2. Aumento das acções de educação de pares para homens e mulheres de todas as idades e líderes comunitários, nas comunidades que promovam dinâmicas culturais positivas de género e equidade de género	Reporta-se a implementação da ferramenta Tchova-Tchova a partir de 2011 em 3 províncias (Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza) alcançou mais de 150.000, participantes entre homens e mulheres adultos acima dos 25 anos <sup>17</sup> . Reporta-se igualmente a implementação de abordagens de diálogos comunitários na província de Nampula de 2010 a 2013 com um alcance de 171.673 homens e mulheres em 5 distritos da província de Nampula <sup>18</sup>
	1.2.3. Aumento do número de líderes que recebem formação e aplicam aplicação a lei contra a violência	Campanha UNiDOS <sup>19</sup> e programa Tchova Tchova <sup>20</sup> referem ter investido na formação de líderes.
	1.2.4. Aumento do número de escolas e professores que recebem formação	O MINED indica que 16.863 escolas implementam pacote Básico, beneficiando

<sup>12</sup> UNWOMEN, 2013. Prevenção e Eliminação da Violência contra a Mulher. Relatório de Avaliação. Maputo.

<sup>13</sup> MISAU e Nações Unidas, 2013. Avaliação da Situação: Da Resposta ao HIV entre os Jovens em Moçambique.

<sup>14</sup> UNWOMEN, 2013. Prevenção e Eliminação da Violência contra a Mulher. Relatório de Avaliação. Maputo.

<sup>15</sup> N'weti 2013. Avaliação Externa do Programa da N'weti sobre Violência Doméstica

<sup>16</sup> MISAU, 2014. Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde. Maputo.

<sup>17</sup> Pacto, 2014. Tchova-Tchova. Histórias de Vida: Diálogos Comunitários.

<sup>18</sup> N'weti 2013. Histórias de Impacto. Construindo a autoeficácia através dos diálogos comunitários para prevenção do HIV SIDA

<sup>19</sup> UNWOMEN, 2013. Prevenção e Eliminação da Violência contra a Mulher. Relatório de Avaliação. Maputo.

<sup>20</sup> Pacto, 2014. Tchova-Tchova. Histórias de Vida: Diálogos Comunitários.

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação/ Resultados Alcançados</b>
	sobre conhecimentos, sensibilidades, tolerância em relação ao HIV	5.565.824 alunos e, cada escola existe um coordenador <sup>21</sup> . O PGB implementado em 431 escolas por 4.317 activistas, reporta ter alcançado 1.214.253 adolescentes e jovens. Constituídos 221 cantos de aconselhamento e capacitados 645 professores activistas <sup>22</sup> .
	1.2.5. Aumento do número de AFs com membros expostos em Programas de formação formal e não formal	(sem/informação)
	1.2.7. Criadas iguais condições de acesso aos recursos e serviços entre indivíduos vulneráveis e não vulneráveis	(s/i)
	1.2.8. Reduzido o número de casos de violência reportados na polícia e entidades comunitárias	(s/i)
	1.2.9. Aumento do número de casos de violação de direitos solucionados	O Índice de Estigma 2013 revela que somente 40% das PVHS que viram os seus direitos violados (8 inquiridos), tiveram uma reparação legal. Contudo.
	1.2.10. Criado e divulgado um canal de comunicação para denúncia de violações de direitos	(s/i)
	1.2.11. Introduzido e implementado um código penal culturalmente aceitável que proíba a purificação da viúva pela via sexual	(s/i)
	1.2.12. Introduzido e implementado o código penal que proíbe a publicação sobre pessoas que tratam ITS, HIV e SIDA sem comprovativos, em qualquer órgão de informação	(s/i)
	1.2.13. Aumento do número de mulheres viúvas que usufruem da reforma legal que reconhece os direitos à propriedade e herança	(s/i)
	1.2.14. Realizados, distribuídos e aplicados os estudos sobre violência doméstica como contribuição para informar as acções de redução do risco e da vulnerabilidade ao HIV	Avaliação da Prevenção e Eliminação da Violência contra a Mulher em 2013. Avaliação da Campanha "Diz não a Violência Doméstica". 2013 <sup>23</sup>
	1.2.15. Realizados estudos sobre os direitos das mulheres e crianças, e das pessoas vivendo com HIV como parte dos esforços de registo de evidências	Índice de Estigma, RENSIDA, 2013.
	1.3.1. Aumento da capacidade de intervenção nos sectores privado e informal	Intervenções coordenadas pela EcoSIDA (reportadas a secção da prevenção).
	1.3.2. Aumento do número de mulheres empregadas e com fontes de rendimento	O Relatório do INE (2011) sobre Indicadores de Género 2011: indica aumento de AF chefiados por mulheres (50%).
	1.3.3. Aumento do número de empresas implementando políticas sobre HIV e	Elaboradas e aprovadas em 2011 45 políticas de HIV no local de trabalho <sup>24</sup> . Em 2012 e 2013

<sup>21</sup> MINED, 2014. Fortalecimento da Comunicação de Adolescentes e Jovens para a Prevenção do HIV/SIDA.

<sup>22</sup> Idem.

<sup>23</sup> N'weti, 2013. Histórias de Impacto. Construindo a auto eficácia através dos diálogos comunitários para prevenção do HIV SIDA

Resultados	Produtos	Ponto de Situação/ Resultados Alcançados
1.3. Reduzidos factores de vulnerabilidade ao nível estrutural	SIDA e reduzindo a vulnerabilidade dos trabalhadores	foram elaboradas 51 políticas de HIV. <sup>25</sup>
	1.3.4. Reduzido o número de trabalhadores discriminados, estigmatizados em risco de perder o emprego	Índice de Estigma 2013 revela que em 2012 de um total de 107 PVHS, 7.5% considera que perdeu o emprego a sua fonte de rendimento exclusivamente por causa da discriminação.
	1.3.5. Aumento do número de jovens, mulheres e idosos afectados e não que beneficiam de micro créditos ou formas de transferência social	(s/i)
	1.3.6. Aumento da extensão da rede escolar primária para rapazes e para as raparigas e de escolas que ofereceram educação profissional	(s/i)
	1.3.7. Aumento da população migrante e móvel que usufrui de serviços de saúde nas zonas fronteiriças e fora dos seus lugares de residência	Em 2011 foram finalizados e equipados 35 postos, em 2012, 25 postos e em 2013, 35 postos respectivamente <sup>26</sup> .
	1.3.8. Aumento da disponibilidade de serviços sociais para assistir as crianças, jovens e mulheres em casos de violência sexual	(s/i)
	1.3.9. Aumento do número de pontos focais de género nas actividades relacionadas com o HIV nos diferentes sectores	(s/i)
	1.3.10. Aplicação das leis sobre herança de forma a beneficiar e tutelar em particular as mulheres viúvas e as crianças órfãs	(s/i)

### Avaliação da Componente de Redução de Risco e Vulnerabilidade

Critérios	Resultados da Avaliação
Relevância	A componente de redução do risco de vulnerabilidade mostra-se relevante apesar dos desafios para a sua implementação. A epidemia do HIV em Moçambique tem mostrado que determinados grupos populacionais e populações chave tem sido mais vulneráveis ao HIV e SIDA, bem como, epidemiologicamente contribuem para o actual perfil da epidemia. Mulheres, Adolescentes e Jovens Mulheres, estão entre os grupos mais afectados pelo HIV e SIDA em associação a aspectos estruturais e culturais como desigualdades de género, o acesso aos serviços, a pobreza, bem como a insegurança alimentar são factores que tem contribuído de forma variada para aumentar os riscos e vulnerabilidade ao HIV e SIDA. Apesar da relevância da componente de Redução de Risco definida no âmbito do PEN III, as intervenções inerentes não foram adequadamente estruturadas para a implementação e nem sistematicamente monitoradas, o que impede a verificação dos resultados alcançados.

<sup>24</sup>EcoSIDA, 2011. Relatório Final de Actividades e Relatório Financeiro Final. Maputo.

<sup>25</sup>EcoSIDA, 2013. Trabalhadores Saudáveis: Prevenção do HIV para o Local de Trabalho. Relatório Final do Projecto.

<sup>26</sup>MISAU, 2014. Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde. Maputo (dados gerais e não específicos as zonas transfronteiriças).



<b>Eficiência</b>	No que se refere a eficiência esta componente enfrentou enormes desafios de no acesso a recursos financeiros e materiais. Para além da falta de clareza dos resultados que se pretendia alcançar (não foram desenvolvidos pacotes de serviços claros), esta componente não foi capaz de mobilizar recursos que permitissem, de forma efectiva, a redução do risco e vulnerabilidade, de uma forma evidentemente verificável.
<b>Eficácia</b>	<p>As actividades realizadas no âmbito desta componente enfrentaram vários desafios para se mostrarem eficazes. Olhando para os resultados definidos nesta componente, observa-se que são poucas as actividades realizadas que vão de encontro aos resultados definidos. A componente de redução de risco a nível estrutural foi aquela que se revelou menos eficaz uma vez que dependia da existência de um sistema legal favorável para reduzir o risco dos grupos vulneráveis como de mulheres e crianças respectivamente. Ainda nesta área, houve poucos avanços no sentido de criar mecanismos para garantir a protecção dos direitos de PVHS. No contexto dos direitos humanos foram poucas as iniciativas desenvolvidas que abarcaram esta vertente.</p> <p>A nível comunitário, a redução de práticas culturais que contribuem para aumentar o risco de vulnerabilidade da rapariga e da mulher, como é o caso das questões relacionadas com os casamentos prematuros não apresentam evidências de terem sido eficientemente implementadas.</p>
<b>Impacto</b>	Não é possível aferir o impacto das actividades nesta componente em virtude de não haver evidências do que foi realizado para alcançar os resultados definidos na área de redução do risco de vulnerabilidade.
<b>Sustentabilidade</b>	Em termos financeiros, a sustentabilidade das acções nesta área não foi assegurada uma vez que foram poucos os recursos para a implementação das actividades. Acções a nível sociocultural e estrutural são aquelas que revelam maiores desafios para se tornarem sustentáveis.

## Recomendações para a Componente de Redução de Risco

No processo de elaboração do próximo PEN a componente de redução de risco e vulnerabilidade deverá merecer uma profunda reestruturação, procurando assegurar a *integração* de alguns aspectos chave nas demais componentes, no intuito de promover uma melhor interligação com outros programas de desenvolvimento.

Entre as acções que devem ser consideradas nos futuros planos destacam-se:

- ❖ Reforço de acções de empoderamento de adolescentes e jovens raparigas de modo a reduzir (riscos estruturais: sexo intergeracional, sexo transaccional, idade do início das actividades sexuais, abuso de álcool e drogas, violência de género, e outros).
- ❖ As intervenções devem abordar oportunidades de reforço económico para as raparigas e para as suas famílias de modo a reduzir as probabilidades de envolvimento em sexo transaccional;



- ❖ Fortalecimento da sociedade civil organizada a criar plataformas de advocacia e monitoria da observância dos direitos de PVHIV;
- ❖ Disseminação da Lei da Família e dos Direitos da Criança para protecção das COVs, Herança, exploração infantil e sobre direitos das PVHS, violência doméstica, direito das sucessões, direitos de criança);
- ❖ As intervenções devem envolver os líderes comunitários para que estes promovam a aplicação das leis e de forma a melhorar a sua compreensão sobre elas na comunidade e a capacidade de fazer aplicar as leis e os regulamentos;
- ❖ Integração de abordagens da resposta para incorporar aspectos de direitos humanos, perspectiva de género e alcance de diferentes perfis sociais, incluindo pessoas portadoras de deficiência, populações chave e grupos vulneráveis.
- ❖ Considerar a adopção de esquemas de transferência de recursos e protecção social, em estreita coordenação com o MMAS.

## II. Componente de Prevenção

### Intervenções Previstas

Impacto da Componente	Reduzida a prevalência do HIV em mulheres grávidas de 15-24 anos em 25%, passando de 11.3% em 2007 para 8.5% em 2014"
-----------------------	---

O PEN III esperava que a implementação aumentada de acções concertadas de prevenção conseguisse reduzir a ocorrência de novas infecções pelo HIV em Moçambique em 25% em 5 anos. Assim, a prevalência de HIV entre as mulheres grávidas de 15-24 anos de idade passaria de 11.3% em 2007 para 8.5% em 2014.

### II.1. Aconselhamento e Testagem em Saúde

O PEN III definiu o Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) como uma componente fundamental para a prevenção do HIV e SIDA, caracterizando-a como porta de entrada para cuidados, tratamento e suporte psicossocial, constituindo a base de rastreio de principais doenças crónicas incluindo o HIV e SIDA e, deste modo, permitindo um melhor encaminhamento do indivíduo para uma vida saudável, para a mudança de comportamento e para o acesso ao tratamento, cuidados e apoio. Um dos grandes objectivos na área de prevenção é a massificação de acções de aconselhamento e testagem em saúde, articulado com o MISAU e promoção de iniciativas de prevenção orientadas a contribuir para o aumento do acesso aos Serviços de Saúde nas comunidades.

De acordo com os dados dos inquéritos disponíveis, em 2009, 17% das mulheres (15-19) e 8.9% dos homens tinham recebido um teste de HIV nos últimos 12 meses (INSIDA 2009), e em 2011 estes números subiram para 25.9% das mulheres e 14.2% dos homens (IDS 2011).

*Percentagem de mulheres e homens (15-49)  
que fizeram teste do HIV nos últimos 12 meses*

Faixa Etária	Mulheres		Homens	
	2009	2011	2009	2011
15-19	15.1	17.8	5.6	7.7
20-24	24.2	35.7	11.6	16.4
25-49	13.4	26.1	8.7	16.4
15-49	17	25.9	8.9	14.2

*Fonte: INSIDA 2009<sup>27</sup> e IDS 2011<sup>28</sup>*

Os dados disponíveis através dos inquéritos apontam para um crescimento nos números das pessoas que fizeram e receberam os resultados dos seus testes. A pesar destes avanços, de acordo com os dados de IDS 2011, mais de 75% dos homens (entre 15-49) não sabiam o seu sero status, comparando com a cerca de 55% entre das mulheres da mesma idade.

Os dados disponíveis através dos relatório programáticos do sector da saúde indicam que até finais 2009, o número de pessoas maiores de 15 anos atendidas nas diversas Unidades

<sup>27</sup> MISAU/INE 2009 – Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique. Maputo, Novembro 2010.

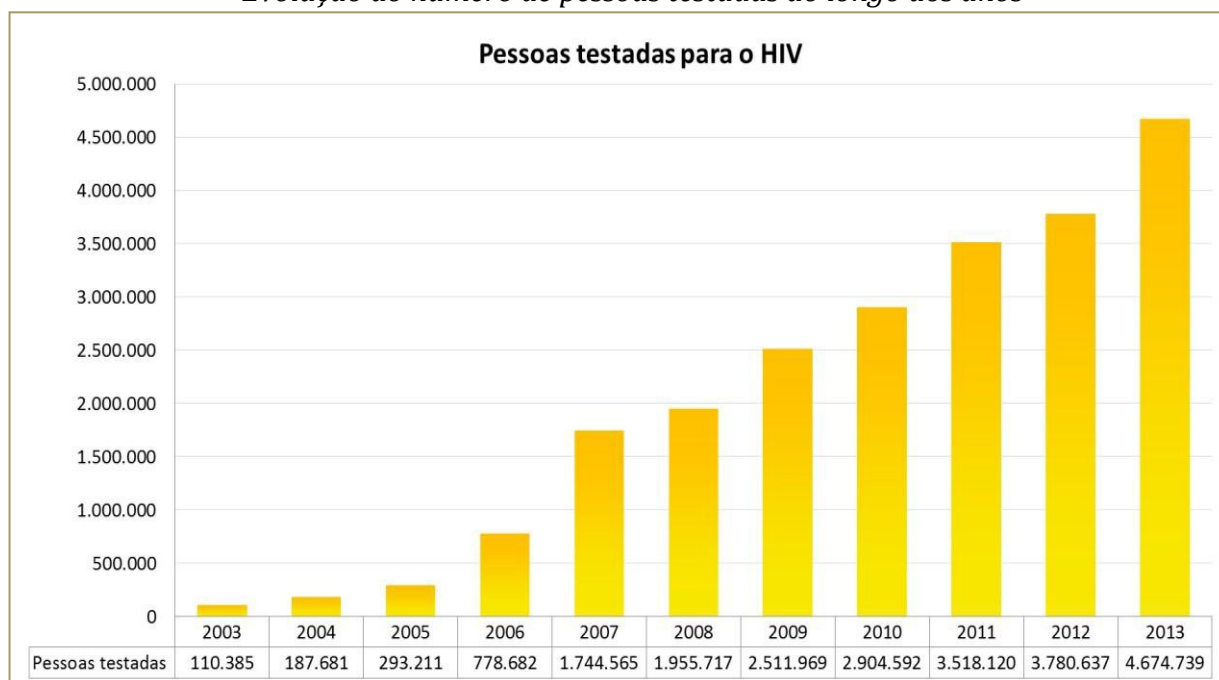
<sup>28</sup> MISAU/INE, 2011 – Inquérito Demográfico e de Saúde. Maputo, Marco 2013.

de Aconselhamento e Testagem em Saúde do Serviço Nacional de Saúde tinha sido de 529.922.<sup>29</sup> Em 2011 um total de 2.961.099 pessoas foram testadas nos diferentes serviços de saúde, como laboratórios, consultas da Tuberculose, bancos de sangue, serviços de atendimentos a adolescentes e jovens, serviços de prevenção da transmissão vertical, serviços de ATS comunitário e ATS nas unidades sanitárias, sendo que os serviços de prevenção da transmissão vertical registaram o maior número de pessoas aconselhadas e testadas.<sup>30</sup> Os pacientes do sexo feminino continuaram a ser os que mais aderiram aos serviços de aconselhamento e testagem, representando, em 2011, cerca de 63% do alcançado.<sup>31</sup>

No que concerne ao ATS comunitário em 2009 tinham sido aconselhadas 262.754 pessoas e testadas 232.142.<sup>32</sup> Dados do período relativos ao início da implementação do PEN III referem que em 2011 tinham sido testadas 695.179 pessoas aconselhadas e testadas através dos serviços de ATSC providenciada por organizações da sociedade civil nacionais, técnica e financeiramente fortalecidas e apoiadas pelas suas congéneres internacionais com destaque para JHPIEGO e PSI.<sup>33</sup>

Os serviços de ATS registaram um significativo aumento de cobertura nos anos 2012 e 2013, com pouco mais de 4,5 milhões de pessoas aconselhadas e testadas através dos múltiplos canais de entrada conforme ilustra a tabela abaixo:

*Evolução do número de pessoas testadas ao longo dos anos*



Fonte: MISAU, PNC ITS/HIV e SIDA 2014.

<sup>29</sup> CNCS (2010) Relatório UNGASS de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2008/2009. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2010

<sup>30</sup> CNCS, 2012 - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.39

<sup>31</sup> CNCS, 2012 - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.11

<sup>32</sup> CNCS (2010) Relatório UNGASS de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2008/2009. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2010, p 53

<sup>33</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.40

*Desempenho dos Serviços de ATS em 2012 e 2013, por âmbito*

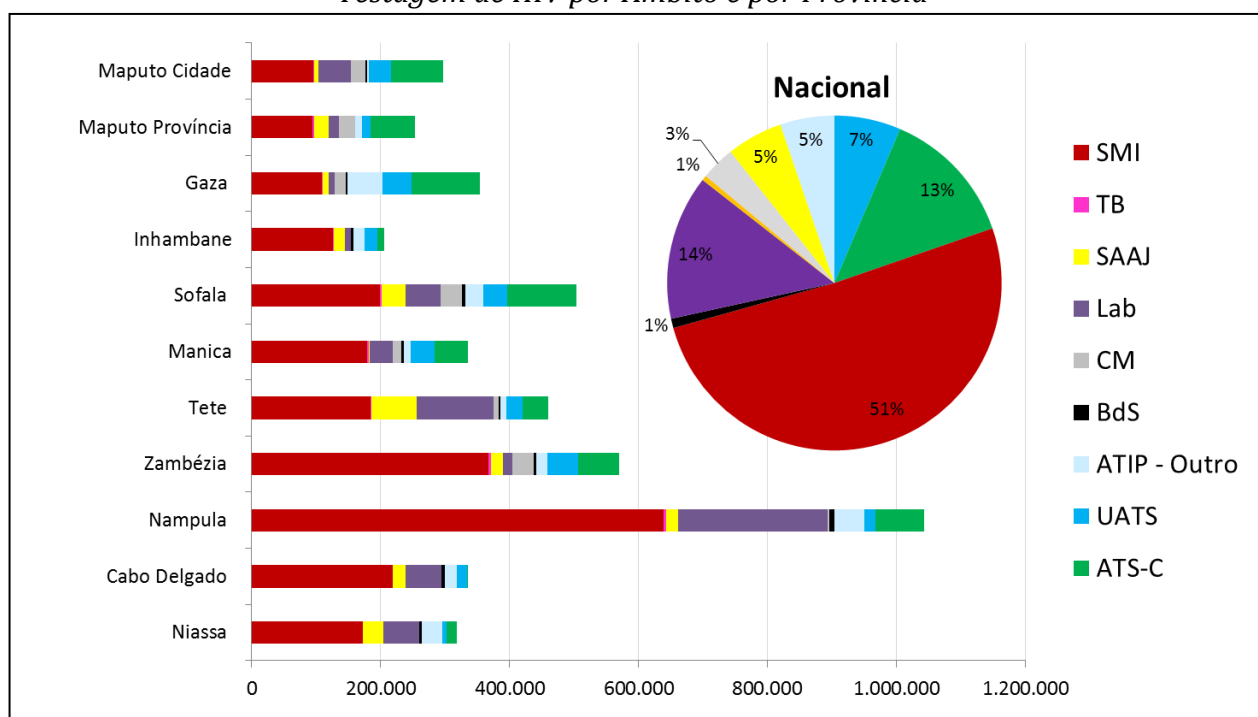
Âmbito ATS	Realizado 2012	Meta 2013	Realizado 2013	% Cumpr. Meta 2013
UATS	312.851	654.608	300.903	46,0%
ATS-C	539.594	436.852	620.34	142,0%
ATIP – SMI	1.698.335	1.770.548	2.382.230	134,5%
ATIP - Banco de Sangue	115.449	120.355	42.229	35,1%
Laboratório	796.256	661.282	653.595	98,8%
ATIP – TB	21.171	28.034	22.958	81,9%
ATIP - Circuncisão Masc.	98.48	318.366	154.232	48,4%
ATIP – SAAJ*	198.501	220.427	253.42	115,0%
ATIP – Outro**	ND	198.072	244.832	123,6%
<b>TOTAL</b>	<b>3.780.637</b>	<b>4.408.544</b>	<b>4.674.739</b>	<b>106,0%</b>

\*ATSC inclui testagem de deficientes auditivos

\* ATIP - Outro representa a testagem do HIV na consulta de medicina, triagem e a enfermaria

Fonte: MISAU, 2014<sup>34</sup>.

Os dados de 2013 ilustram que 51% das pessoas testadas foram alcançadas através das consultas de SMI, tendo as províncias de Nampula e Zambézia as que cobriram maior fasquia populacional. Os serviços de Laboratório e ATSC respondem por 14% e 13% respectivamente, do total de pessoas testadas, conforme ilustra o gráfico abaixo:

*Testagem de HIV por Âmbito e por Província*Fonte: MISAU, 2014<sup>35</sup>.

Ainda no âmbito da implementação dos serviços de ATSC no contexto da vigência do PEN III, destaca-se o desenvolvimento e implementação pelo MMAS em parceria com o MISAU e apoio do UNFPA, Pathfinder International, Population Service International, JHPIEGO e

<sup>34</sup> MISAU, 2014 - Relatório Anual sobre Actividades Relacionadas com o HIV e SIDA em Moçambique, 2013. Maputo.

<sup>35</sup> MISAU, 2014 - Relatório Anual sobre Actividades Relacionadas com o HIV e SIDA em Moçambique, MISAU 2013. Maputo.

ASUMO de uma estratégia de ampliação aos serviços de ATSC para pessoas com deficiência auditiva que representam 7% da população moçambicana, para fazer face a inexistência de estratégias na área do HIV e SIDA abrangentes para PCD. As actividades no terreno tiveram início em Agosto de 2010 e consistiram na mobilização comunitária para o acesso e ATSC, mapeamento dos principais locais de PCDA, aconselhamento e testagem e referências para os Centros de Saúde de referência. Em termos de resultados, até Dezembro de 2011 tinham sido aconselhadas e testadas 1.402 pessoas com deficiência auditiva, das quais 46% eram do sexo masculino e 54% do sexo feminino.<sup>36</sup>

Os dados do sector da saúde relativos ao desempenho da componente de aconselhamento e testagem a jovens e adolescentes nas unidades sanitárias indicam, no geral, um desempenho crítico nos quatro anos de implementação do PEN III. A evolução do indicador 20 do QAD do sector da Saúde - % de adolescentes e jovens que foram aconselhados e testados para o HIV nas US (SAAJ+ATS) - tem sido lento e insuficiente para atingir a meta reajustada para 2014, embora tenha atingido as duas últimas metas anuais, como ilustra a tabela abaixo.

*Progressos na área do ATS Jovens e Adolescentes (SAAJ+ATS)*

<b>Indicador de Produto/execução</b>	<b>Real 2010</b>	<b>Meta 2010</b>	<b>Real 2011</b>	<b>Meta 2011</b>	<b>Real 2012</b>	<b>Meta 2012</b>	<b>Real 2013</b>	<b>Meta 2013</b>
% de Adolescentes e jovens que testados para o HIV, nas US's	24%	46%	47.1%	49%	57%	27%	35%	33%

Fonte: MISAU, ACAs X, XI, XII e XIII do Sector de Saúde<sup>37</sup>

No primeiro ano de implementação do PEN III (2010), o indicador sofreu uma redução drástica em relação ao ano anterior (24% em 2010 contra 41% de 2009). Na base desta redução esteve a relativa indefinição sobre o futuro dos SAAJs resultado da mudança de abordagem introduzida na estratégia destas estruturas, no sentido de as suas actividades serem redireccionadas às US, face à suposição da sua baixa relação custo-eficácia. Como resultado, alguns SAAJ foram encerrados e apenas foram criados alguns dos 50 que estavam previstos.<sup>38</sup> No ano seguinte (2011), mesmo a despeito de ter tido um progresso positivo, o indicador não viu a meta alcançada (47.1% ao invés de 49% planificado). No que se refere à expansão dos SAAJ, dos 15 SAAJ previstos para 2011, 12 foram abertos e nestes foi ainda integrado o serviço de aconselhamento e testagem para o HIV.<sup>39</sup>

Nos dois últimos anos, a evolução do indicador teve uma tendência diferente. A percentagem de adolescentes e jovens que foram testados para o HIV e SIDA nas USs em 2012 atingiu e duplicou a meta, contrariando a tendência de 2011 e, os valores conseguidos já extrapolavam a meta do quinquénio 2010/2014 de 33%, o que demandou ajustes da mesma.<sup>40</sup> Em 2013 os dados reportaram 546.569 adolescentes e jovens que foram testados para o HIV e SIDA na US fazendo com que a meta fosse ultrapassada. Como factores facilitadores destacaram-se algumas actividades realizadas como a formação de provedores

<sup>36</sup> CNCS (2012) Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2012 p.52/53

<sup>37</sup> MISAU, Avaliação Conjunta Anual (2011, 2012, 2013, 2014).

<sup>38</sup> MISAU (2011) X Avaliação Conjunta Anual (ACA X) do Desempenho do Sector de Saúde. Maputo, Março de 2011, p 28

<sup>39</sup> MISAU (2012) Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011. Relatório Final. Maputo, Abril de 2012, p 36

<sup>40</sup> MISAU (2013) Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012. Relatório Final. Maputo, Maio de 2013, p 49

em matéria de atendimento aos adolescentes e jovens (257 formados); a reprodução e distribuição de instrumentos de monitoria para os SAAJs e US (Cartões, fichas e livros de registos); a actualização do currículo de formação de activistas no âmbito do Programa Geração Biz, incluindo a formação de formadores; a edição e reprodução de material de IEC (232,400 panfletos e 35,000 posters foram produzidos e redistribuídos), direccionado para o grupo de adolescentes e jovens, com enfoque para temáticas de prevenção do abuso do álcool e drogas, planeamento familiar, prevenção e tratamento de ITS, relacionamentos na adolescência, violência e igualdade de género<sup>41</sup>.

Apesar dos progressos reportados para este indicador nos últimos dois anos, o seu uso deve ser feito com prudência, sobretudo em relação às conclusões que se podem tirar do comportamento do indicador e do seu contributo para alcançar os resultados do PEN III devido a problemas com qualidade de dados. Em 2010, presumia-se que os dados de aconselhamento e testagem providenciado a adolescentes e jovens nas US não eram captados por este indicador.<sup>42</sup> Em 2011 reportou-se que foram somente incluídos na análise os jovens testados no ATS Geral (enfermaria, triagens, consultas externas serviços oftalmológicos, CPN e outros) dado que os outros programas reportavam a informação num modelo diferente do utilizado nos serviços de ATS ou somente enviaram para avaliação o relatório dos aconselhados e testados não discriminados por idade.<sup>43</sup> Em 2012, referiu-se que tratava-se de um indicador que registava problemas de inconsistência de dados e que o que foi reportado poderia não dar a perspectiva real do desempenho do sector, na medida em que os dados reportados poderiam estar a reflectir o desempenho dos SAAJs enquanto os pontos de testagem são maiores. O exercício de verificação de dados no terreno realizado para a avaliação do desempenho do sector de 2012 registou dificuldades para o reporte do indicador, sobretudo no que concerne ao denominador em uso, não tendo sido possível avaliá-lo.<sup>44</sup>

Apesar de haver expansão do ATS, que permitiu o aumento do acesso bem como a aproximação destes serviços aos utentes, esta componente continua a enfrentar alguns desafios<sup>45</sup> e constrangimentos tais como: i) escassez de recursos humanos na área do ATSC; ii) rupturas de stock e deficiente gestão dos testes rápidos de HIV; iii) implementação deficiente do sistema de monitoria e avaliação da informação, com grande parte dos relatórios distritais e US não reportando através do módulo básico; dificuldades por parte dos provedores no manuseamento do registo ATS, assim como no cumprimento dos prazos e seguimento do fluxo de envio dos relatórios<sup>46</sup>; iv) dificuldades para obtenção e reporte dos relatórios do ATS-C; v) ATIP ainda não é funcional como o preconizado pelo MISAU, muitos pacientes foram referidos pelos serviços clínicos para testar na UATS; vi) Alguns serviços de CPN e TB reportaram nos registos do ATS, a informação relativa a testagem das mulheres grávidas, seus parceiros e dos pacientes com TB, criando uma duplicação de dados para estas áreas.

<sup>41</sup> MISAU (2014) *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2013. Relatório Final*. Maputo, Abril de 2014, p 40

<sup>42</sup> MISAU (2011) *X Avaliação Conjunta Anual (ACA X) do Desempenho do Sector de Saúde*. Maputo, Março de 2011, p 28

<sup>43</sup> MISAU (2012) *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011. Relatório Final*. Maputo, Abril de 2012, p 36

<sup>44</sup> MISAU (2013) *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012. Relatório Final*. Maputo, Maio de 2013, p 49

<sup>45</sup> CNCS (2012) *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.11

<sup>46</sup> MISAU, 2014,



*Matriz de Resultados 2. Aconselhamento e Testagem em Saúde*

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
2. Aumenta a proporção de mulheres e homens que conhecem o seu estado serológico de HIV	2.1. Aumenta o número de mulheres e homens aconselhados e testados em cada um dos tipos de ATS: ATIU, ATIP e ATSC)	O IDS de 2011 revela que aumenta a proporção de pessoas que sabem onde fazer teste: 79% de mulheres e 82% de homens de 15-49 anos. Aumenta igualmente o número de pessoas que fazem teste, nos últimos 2 anos foram realizados 8.5 milhões de testes de HIV (3.78 em 2012 e 4.67 em 2013) como resultado da expansão do ATIP. O ATIP na SMI cobriu 51% dos testados, seguido do laboratório com 14%, do ATSC com 13% e ATIU com 7%. A meta é acima de 10 milhões.
	2.2. Aumenta a proporção de US possuem espaço para actividades ATIU e apoio psicossocial	Sem evidências para este resultado. Realçar que as componente de apoio psicossocial estão em processo de integração, organização e alinhamento com prevenção positiva no sector

## II.2. Preservativos

A área dos preservativos é uma das prioritárias na componente de prevenção e vem responder a desafios inerentes a melhoria da capacidade logística e de gestão da distribuição de preservativos a todos os níveis através de uma melhor coordenação entre os intervenientes (sectores público e privado e sociedade civil); e o aumento proporção de homens e mulheres que usam consistentemente o preservativo masculino e feminino através de actividades de comunicação para a mudança comportamental e realização de marketing social para a aceitação do seu uso. A operacionalização de iniciativas a volta da componente preservativos visa contribuir para a redução de ocorrência de novas infecções pelo vírus HIV (incidência de HIV) de 500 por dia para 150 em 2015.

Na entrada em vigor do PEN III as acções de coordenação para área do preservativo no país eram realizadas pelo do Grupo de Trabalho Multissetorial sobre o Preservativo, liderado pelo CNCS em coordenação com o Ministério da Saúde (MISAU), e constituído pelo Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS), Ministério da Defesa (MDN), Ministério do Interior (MINT), FNUAP, PSI-Moçambique, USAID, Embaixada da Holanda, Projecto Deliver, EcoSIDA, Fórum Mulher e pela MONASO. O Grupo tem como objectivo alcançar consensos sobre a implementação de iniciativas que ofereçam garantias nos aspectos de previsão, aquisição, distribuição e promoção do uso do preservativo, como uma das intervenções para a prevenção e redução da frequência de ITS/HIV e SIDA no país, bem como da gravidez indesejada. O MISAU ficou com responsabilidade da aquisição e distribuição do preservativo nas instituições públicas.<sup>47</sup>

No âmbito do objectivo de melhoria da logística e gestão de distribuição de preservativos, sobretudo o feminino, o Secretariado Executivo do CNCS coordenou a realização de três formações de formadores nas três regiões do país sobre coordenação do circuito de distribuição entre intervenientes e cálculo de necessidades de preservativos, colecta de dados, gestão logística, com a finalidade de assegurar que as mulheres e raparigas sexualmente activas, e em risco de contrair ITS/HIV sejam educadas, motivadas e incentivadas a usarem o preservativo feminino de forma correcta e consistente. Neste

<sup>47</sup> CNCS (2012) Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011.

CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2012 p.94

Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA



contexto, foram formados 70 quadros, dentre os quais, Técnicos dos NPCCS, DPS/CMAM, incluindo Organizações da Sociedade Civil que trabalham na área do preservativo<sup>48</sup>.

Os dados dos inquéritos indicam que, em 2009, 8% das mulheres e 16% dos homens de idade 15-49 usaram preservativo masculino durante última relação sexual (INSIDA, 2009). A percentagem de uso de preservativo feminino foi 2% para ambos os sexos. Em 2011, o IDS registou que 46% dos jovens, do sexo masculino e feminino, sexualmente activos, reportaram ter usado preservativo na última relação sexual. O uso de preservativo é mais alto nas zonas urbanas (60% mulheres e 64% homens) que as zonas rurais (23% mulheres e 27% homens) e que os índices de uso de preservativo aumenta com os níveis educacionais. Relativamente ao uso de preservativo durante sexo pago o IDS 2011 mostra que:

- 1 em 4 homens (15-49 tem pago para relações sexuais)
- um terço dos homens que pagaram por sexo nos últimos 12 meses usaram preservativo na última relação sexual;
- o uso de preservativo nas relações sexuais pagas é mais alto nas áreas urbanas (55%) que nas zonas rurais (23%).

Relativamente ao uso de preservativo dentro do contexto de parceiros múltiplos. O IDS mostra que as mulheres que tiveram mais que um parceiro sexual nos últimos 12 meses tem uma tendência maior de usar preservativo durante a última relação sexual (30.6%) do que os homens (25.5%), conforme ilustra a tabela abaixo.

*Percentagem de adultos 15–49 que tiveram mais que um parceiro sexual nos últimos 12 meses que reportaram o uso de preservativo durante a ultima relação sexual)*

Faixa Etária	Mulher		Homem	
	2009	2011	2009	2011
15-19	32	42,5	40,8	43,5
20-24	32,6	34,1	35,3	38,9
25-49	14,2	25	12,8	16,5
15-49	23,6	30,6	22	25,5

Fonte: INSIDA 2009, IDS 2011

Os relatórios anuais de avaliação programática, indicam que, no que concerne a disponibilização do preservativo, há registo de que, no ano de 2009, tinham sido distribuídos 89.180.318 preservativos. Com o início de implementação do PEN III, em 2010 foram distribuídos apenas 66,535,117, o que significou uma diminuição de 22,645,201 preservativos (decréscimo de 25.3%) em relação a 2009 e muito longe da meta prevista (112.320.040 preservativos).<sup>49</sup> Entre 2010 e 2011 foi reportada uma redução significativa na disponibilização dos preservativos masculino e superação da meta em relação ao preservativo feminino.<sup>50</sup>

A diferença de números entre 2009 e 2010 é explicada por dificuldades na articulação com o MISAU na logística de aquisição e distribuição do preservativo que impediram o

<sup>48</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.64

<sup>49</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, p.16

<sup>50</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.64

cumprimento do planificado, o que se manifestou pela da escassez de preservativos femininos ou masculinos nas províncias. Esta situação teria ocorrido devido ao facto de não existirem instruções claras inspiradas por uma estratégia de priorização na alocação dos preservativos em stock<sup>51</sup>. Em 2011, continuavam a existir problemas na disponibilização do preservativo, os quais derivavam da falta de preparação do pessoal da área que garante a provisão do stock, especificamente, ligada ao fraco conhecimento da metodologia de cálculo para determinar as necessidades e respectivas requisições.<sup>52</sup>

Em relação ao desempenho na disponibilização e distribuição do preservativo pelas províncias, em 2011 todas as províncias disponibilizaram acima de um milhão de preservativos e a província da Zambézia seguida de Sofala estiveram próximo dos 3.500.000 preservativos. O desempenho demonstrado pelas províncias é relacionado com as capacitações realizadas pelo Grupo Multissetorial de Preservativos liderado pelo CNCS, nas quais foram leccionadas matérias sobre a quantificação e logística de preservativo, e a formação de formadores para a promoção do preservativo feminino.<sup>53</sup> Em 2011 reporta-se que várias províncias não conseguiram seleccionar e treinar equipas de promotores do preservativo para a realização de sessões de promoção e educação de pares, nas comunidades e nos locais seleccionado.<sup>54</sup>

Paralelamente, alguns programas e projectos voltados para alcançar algumas populações chave reportaram terem sido criados e mantidos desde 2013, mais de 749 pontos fixos de distribuição de preservativos, com o exemplo do Projecto SCIP implementado na província da Zambézia.

Entretanto, o processo de auscultação levando a cabo em 5 províncias no contexto desta avaliação indica que, ao nível provincial e local, persistem desafios relacionados ao escoamento e gestão logística dos preservativos, a partir dos armazéns regionais para os múltiplos pontos de redistribuição nas comunidades. Esta constatação foi também identificada no contexto da reprogramação das actividades apoiadas pelo Fundo Global, Ronda 9, na qual os parceiros e implementadores comunitários ligados a FDC (um dos Recipientes Principais dos fundos do Fundo Global) reiteram as dificuldades de fazer chegar o preservativo ao usuário final, por constrangimentos logísticos. O Ministério da Saúde e a FDC firmaram um memorando de entendimento para a adopção de uma abordagem de complementaridade de serviços de distribuição de preservativos, tendo a FDC assumindo a responsabilidade de escoar o preservativo dos armazéns regionais para os usuários finais ao nível das comunidades. Ao nível das unidades sanitárias regista-se problemas de ruptura de stock de preservativos em associação as fragilidades de reposição logística a partir dos armazéns centrais e /ou regionais.

De modo geral, a fragilidade do sistema de monitoria e gestão de preservativos não permite ainda aferir, com rigor, o volume de preservativos distribuídos, os níveis de cobertura e a consistência dos dados reportados. Conforme atesta o relatório de Avaliação do CNCS 2012, e que não registou alterações substanciais nos últimos anos.

<sup>51</sup> CNCS (2011) Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo: CNCS, Abril 2011; p.6

<sup>52</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.11

<sup>53</sup> CNCS (2012) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Fevereiro de 2012, p.11

<sup>54</sup> CNCS (2011) Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo: CNCS, Abril 2011; p.5

*Matriz de Resultado 3: Preservativos*

Resultados Esperados	Produtos Esperados	Ponto de Situação /Resultados Alcançados
3. Aumentam os índices de uso consistente do preservativo feminino e masculino	3.1. Aumento da disponibilidade dos preservativos feminino e masculino	2009 disponibilizados de 89.180.318; 2010 distribuídos apenas 66,535,117 (correspondendo um decréscimo de 25.3% 2011 - distribuídos 1.510.000 preservativos femininos e 14.952.480 masculinos. 2012 - 81.6, milhões de preservativos masculinos e 729,000 preservativo femininos 2012 registou se um aumento de cerca de 39% de distribuição de preservativos masculinos e um decréscimo de 52% de preservativo feminino em comparação com 2011. 2013 distribuídos 31.884.955 preservativos (3 1.446.255 masculinos e 438.700 femininos). Um decréscimo em relação a 2012, associados a desafios logísticos.
	3.2. Criada capacidade técnica e logística para responder à crescente procura de preservativos, incluindo a procura de preservativos femininos por organizações femininas e pelas mulheres	Formados 70 quadros, dentre os quais, Técnicos dos NPCCS, DPS/CMAM, incluindo Organizações da Sociedade Civil que trabalham na área do preservativo <sup>55</sup> .

**II.3. Prevenção do HIV em Grupos de Alto Risco**

O PEN III definiu entre as populações chave homens que fazem sexo com homens, trabalhadoras de sexo e seus clientes, e utilizadores de drogas injectáveis, prisioneiros, população deslocada e migrante. O Grupo Técnico de Trabalho sobre Pessoas em Maior Risco de Contracção do HIV (MARPs), aquando da priorização de populações em maior risco de contrair HIV, incluiu mulheres maiores de 15 anos envolvidas em sexo transaccional, motoristas de longo curso; mineiros e suas esposas/parceiras.

As intervenções de resposta previam a promoção do aumento do conhecimento do sero-estado, adopção de padrões de uso consistente do preservativo, o desenvolvimento de programas e estratégias de comunicação e promoção da saúde, incluindo a prevenção de ITS e HIV. Além disso, o PEN III reconhecia a escassez de dados e evidências que caracterizam essas populações tendo recomendado o desenvolvimento de estudos e pesquisas para estruturação de bases de evidências para informar e orientar a resposta direccionada a essas populações.

Entre 2011 e 2012 foram realizados dois importantes inquéritos, o Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique tem dados dos anos 2011-2012<sup>56</sup> e o Inquérito biológico e comportamental sobre os homens

<sup>55</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.64

<sup>56</sup> Instituto Nacional de Saúde (INS), CDC, Universidade de Califórnia San Francisco (UCSF), Pathfinder International, PSI, International Training and Education Center for Health (I-TECH). 2013 - Inquérito biológico e comportamental sobre as mulheres trabalhadoras de sexo em Moçambique; 2011-2012;

que fazem sexo com homens em Moçambique; 2011-2012<sup>57</sup> que permitiram aferir o tamanho populacional e a prevalência do HIV entre as populações de Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS) e Homens que fazem Sexo com Homens (MSM), nas 3 principais capitais provinciais do país.

*Mulheres Trabalhadoras de Sexo*

<b>Indicador</b>	<b>Maputo</b>	<b>Beira</b>	<b>Nampula</b>
Estimativa Populacional	13,554	6,802	6,929
Prevalência do HIV	31.2%	23.6%	17.8%

Fonte: IBBS FSW, 2013

*Homens que Fazem Sexo com Homens*

<b>Indicador</b>	<b>Maputo</b>	<b>Beira</b>	<b>Nampula</b>
Estimativa Populacional	10,121	2,624	3,069
Prevalência do HIV	8.1%	9.1%	3.7%

Fonte: IBBS MSM, 2013

O inquérito sobre a Mulheres Trabalhadoras de Sexo indicou a existência de uma alta percentagem das MTS que não sabem do seu sero status, sendo 48.1% em Maputo, 79.8% na Beira e 89.6% Nampula. Uma significativa percentagem das MTS nunca foram testadas (26.3% Maputo, 37.0% Beira, e 40.9% Nampula). Das participantes do inquérito que sabiam do seu estado HIV positivo somente 49.0% (Maputo), 54.8% (Beira) e 27.3% (Nampula) estavam em TARV. No que concerne ao uso do preservativo, pouco menos de 25% das inquiridas indicaram que não usaram preservativo na última relação sexual com cliente ou parceiro. A pesquisa constatou, igualmente, que um considerável número de MTS não tinham tido contacto com activistas/educadores de pares nos 6 meses anteriores a realização do inquérito, o que revela a necessidade de expandir os programas e intervenções para estes grupos.

Os resultados do inquérito sobre HSH indicaram que a percentagem que não usaram preservativo na última relação sexual nos 12 meses antes do inquérito era 24.0% em Maputo, 19.7% na Beira, e 38.1% em Nampula/Nacala. O indicador de conhecimento sobre o acesso e uso de lubrificantes a base de água esteve baixo. Aproximadamente 6 em cada 10 HSH em Maputo nunca usaram lubrificantes durante as relações sexuais (Maputo (61.9%), Beira (67.8%) e Nampula/Nacala (60.0%). Dentro dos HSH usando lubrificantes durante os últimos 12 meses antes do inquérito, 7.0% em Maputo, 10.2% em Beira, e 28.2% em Nampula/Nacala não ouviram falar do lubrificante a base de água.

Os HSH em Moçambique enfrentam muitas barreiras no acesso aos serviços de prevenção dentre os quais: Falta de materiais sobre prevenção adequadas aos HSH no sistema de saúde, atitudes negativas dos profissionais de saúde, organizações de HSH não legalmente reconhecidas, os sítios de ATS não tem informação adequada sobre práticas sexuais anais e ITS anais. Os resultados e achados dos inquérito, vieram evidenciar a existência barreiras no acesso a serviços e insuficiência de programas que cubram as necessidades dos HSH.

Além dos estudos e intervenções voltados para alcançar MTS e HSM, o período de implementação do PEN III destaca-se também por ter-se investido no conhecimento das

<sup>57</sup>Instituto Nacional de Saúde (INS), CDC, Universidade de Califórnia San Francisco (UCSF), Pathfinder International, PSI, Associação Moçambicana de Defesa das Minorias Sexuais (LAMBDA), International Ranking and Education Center for Health (I-TECH), 2013 - Inquérito biológico e comportamental sobre os homens que fazem sexo com homens em Moçambique.

dinâmicas de várias outras categorias populacionais e socioprofissionais que configuram as populações chave, como é o caso da população prisional, mineiros e camionistas.

**Estudo nas prisões:** Em 2012 foi implementado um estudo em 32 prisões em 7 Províncias. Os resultados mostraram que a prevalência do HIV entre os reclusos é de 24% e no pessoal e agentes carcerários 18.5%. As formas mais comuns de contacto sexual são sexo pago (21.9%) e sexo consensual (20.4%), além do sexo forçado 13.4%. o Estudo constatou que existe um baixo nível de conhecimento sobre transmissão do HIV e há falta de acesso aos serviços de saúde para reclusos e agentes carcerários.

**Mineiros:** Em 2012 foi implementado um estudo com mineiros no posto transfronteiriço de Ressano Garcia. O estudo mostrou que o número de mineiros que fizeram teste pelo menos uma vez na vida é alto (mais ou menos 9 em cada 10 mineiros) mas muitos mineiros não sabem do seu serostatus (mais ou menos 3 em cada 4 mineiros). A prevalência do HIV nos mineiros alcançados pelo estudo foi alta (pelo menos 1 em cada 5 mineiros activos têm HIV (22.3%) e os factores de risco incluem:

- Pelo menos 1 em cada 5 mineiros activos tiveram sexo com 3 ou mais mulheres diferentes nos 12 meses antecedentes ao estudo;
- Apenas 1 em 5 mineiros activos usou o preservativo na última vez que teve sexo com a sua parceira estável ou sua esposa;
- Apenas 3 em cada 5 mineiros activos usaram o preservativo na última vez que tiveram sexo com uma parceira ocasional ou a quem deram dinheiro em troca de sexo.

**Camionistas:** Em 2012 foi implementado um estudo IBBS com camionistas (de Moçambique, Zimbabwe e Malawi) em Inchope. A prevalência do HIV entre as participantes foi 15.4%. Os resultados mostram que 7 em 10 participantes já tinham feito um teste de HIV; 5 em 10 tinha feito um teste do HIV nos últimos 12 meses antes do estudo; 9 em 10 participantes não atenderam palestras sobre HIV nos últimos 12 meses antes do estudo; e, 7 em 10 participantes não tinham recebido preservativos, lubrificantes ou brochuras nos últimos 12 meses antes do estudo.

Os factores de risco são consideráveis neste grupo: Nos últimos 12 meses antes do estudo: 2 em 10 participantes tinham tido 2 principais parceiros sexuais (namorados ou esposas); 1 em 10 tiveram 3 ou mais parceiros ocasionais; 3 em 10 tiveram pelo menos um parceiro pago por sexo; e, 3 em 10 não tinham usado preservativos com um parceiro ocasional ou transaccional.

Em termos programáticos, no período da implementação do PEN III, foi notório o aumento de programas voltados para alcançar as populações chave, sobretudo nas zonas urbanas e corredores das Províncias de Cabo Delgado, Nampula, Tete, Sofala, Manica, Inhambane, Gaza, Maputo Província e Maputo Cidade. A maioria dos programas de prevenção para os trabalhadores de sexo são implementados pela Pathfinder, PSI, UNFPA, e FHI360. O ICRH também tem um projecto específico na Província de Tete que oferece serviços de saúde e aconselhamento através duma clínica nocturna e faz formações para educadores de pares.

Entre os programas voltados para alcançar as populações chave, destacam-se O Projecto VIDAS, financiado pelo CDC, que está a ser implementado em 12 distritos de 3 províncias, nomeadamente, Inhambane, Cabo Delgado e Nampula. Este tem como objectivo principal melhorar a qualidade das intervenções de prevenção do HIV entre populações chave (trabalhadoras de sexo, homens que fazem sexo com homens, mineiros e suas esposas, e



usuários de drogas injectáveis).

De forma geral, os parceiros do Governo (OBC's e ONG's) que implementam actividades de prevenção do HIV junto às trabalhadoras de sexo desenvolvem programas que são operacionalizados através de duas componentes básicas: Educação em saúde a nível comunitário, através de educadores de pares que disseminam informações correctas sobre os modos de transmissão e de prevenção do HIV. Distribuem materiais informativos e materiais de prevenção (preservativos masculinos e femininos, lubrificantes à base de água) e realizam referências para as unidades de saúde; ampliação do acesso aos serviços de saúde, através do estabelecimento de serviços amigáveis e livres de discriminação para as trabalhadoras de sexo.

Em 2013, a FDC redireccionou as suas intervenções no âmbito da subvenção da Ronda 9 apoiada pelo Fundo Global para o Combate a Malária, Tuberculose e HIV, tendo realizado um mapeamento extensivo das necessidades de cobertura das populações chave, especialmente MTS e populações migrantes, o que irá contribuir para ampliar a escala de cobertura destas populações, nas intervenções a serem implementadas de meados de 2014 em diante. No quadro do redireccionamento do enfoque para estas populações, o consórcio liderado pela FDC desenvolveu, igualmente, pacotes compreensivos de serviços direccionados a estas populações, incluindo componentes de consciencialização, prevenção e orientação para o acesso a serviços clínicos relevantes para cada grupo populacional.

A LAMBDA e os parceiros têm estado a apoiar o Ministério da Saúde na reformulação dos guiões de ATSC de modo a adaptá-los às necessidades das populações específicas, incluindo os HSH. No mesmo exercício estão em adequação as fichas de registo de ATSC de modo a apresentarem resultados desagregados por população específica

Em relação aos HSH, a partir de 2011, foi registada a expansão de serviços para as províncias de Cabo Delgado e Inhambane. Nesse ano, as acções das organizações como a Lambda alcançaram 1.585 novos HSH nas cinco províncias. Além destes novos contactos (isto é, HSH que foram alcançados pelas acções educativas da Lambda pela primeira vez), os educadores de pares realizaram 3.513 abordagens a contactos antigos. Neste âmbito, foram distribuídos 29.668 preservativos e 21.367 sachês de lubrificantes à base de água. Também foram referidos 505 HSH a serviços de saúde e outros serviços de apoio social<sup>58</sup>. Ainda em 2011, 947 HSH beneficiaram do serviço de aconselhamento e testagem e receberam os resultados sobre o seu sero-estado.

De acordo com registos dos relatórios programáticos do CNCS, em 2011 foram atingidas, através de campanhas de consciencialização, cerca de 5.277 trabalhadoras de sexo em Maputo e alguns focos em Nampula (400), Inhambane (244) e Sofala (236). No geral, a estimativa é de 6.157 mulheres praticantes de sexo comercial abrangidas<sup>59</sup>

---

<sup>58</sup> CNCS, ACA 2011 e Relatório Anual 2011.



*Actividades de prevenção do HIV em trabalhadoras de sexo de 2010 a 2011*

Ano	# de contactos com trabalhadoras de sexo através das educadoras de pares	# de material IEC distribuído	# de preservativos Masculinos distribuídos	# de preservativos Femininos distribuídos
2010	52.988**	88.251**	887.658**	83.755**
2011	40.940***	13.331***	352.255***	42.007***

\*Dados relativos a Nampula, Tete, Sofala, Manica, Maputo Província e Maputo Cidade

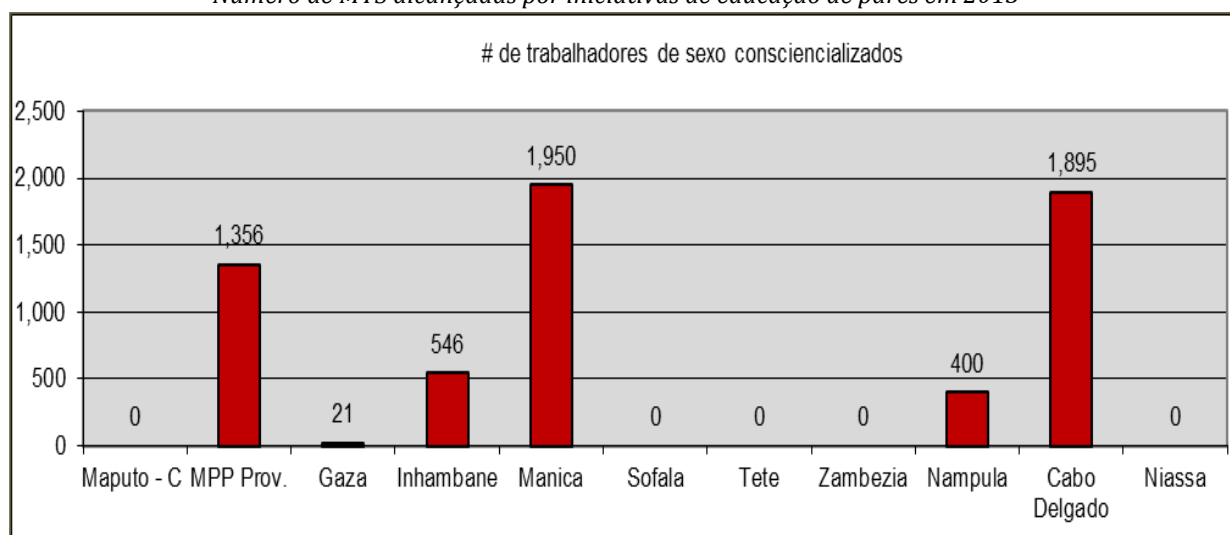
\*\*Dados relativos a Nampula, Sofala, Manica, Maputo Província e Maputo Cidade

\*\*\* Dados relativos a Cabo Delgado, Nampula, Sofala, Manica, Inhambane, Maputo Província, Maputo Cidade

Fonte: ACA CNCS 2011

Para o ano 2013, as actividade voltadas para alcançar as MTS prosseguiram e os dados fornecidos pelos Núcleos Provinciais do CNCS, permitiram compilar o relatório anual, que mostra que as províncias de Maputo, Manica e Cabo Delgado reportaram o seu desempenho, enquanto as províncias de Maputo Cidade, Gaza, Sofala, Tete, Zambézia e Niassa não fazem menção de acções realizadas com estes grupos, o que demonstra, em parte, as fragilidades inerentes aos sistemas e fluxo de informação de M&A, conforme ilustra a leitura o gráfico abaixo.

*Número de MTS alcançadas por iniciativas de educação de pares em 2013*



Fonte: CNCS, Relatório Anual 2013

Algumas das iniciativas voltadas para alcançar MTS focalizam as suas intervenções na promoção de direitos, com especial enfoque para casos de violência contra as trabalhadoras de sexo. Em 2010 e 2011, o Projecto 100% Vida realizou cursos de sensibilização das Forças Policiais como estratégia de implementação de esquemas integrados de atendimento às trabalhadoras de sexo vítimas de violência. Ao todo, foram capacitados 187 policiais de Nampula, Sofala, Manica, Maputo Província e Maputo Cidade. Igualmente, as educadoras de pares do projecto foram capacitadas na área de direitos humanos e violência e passaram a integrar este tema entre suas actividades de educação em saúde, com apoio de material de IEC desenhado especialmente para o efeito, denominado "Trabalhadoras de Sexo: nós temos direitos!". Durante os anos 2012 e 2013 este programa foi expandido.

Durante o ano fiscal, de Setembro de 2013 a Março de 2014, o Projecto Vidas desenvolveu actividades e acções de formação de educadores de pares e de provedores de saúde nas províncias de Inhambane, Cabo Delgado e Nampula e conduziu sessões de actualização técnica aos provedores de saúde nas 12 unidades de saúde apoiadas. 17 sessões de actualização técnica foram realizadas onde 125 provedores de saúde e 48 educadores de pares (38 trabalhadoras do sexo, 8 esposas de mineiros e 5 HSH) participaram. Ainda

neste período, o projecto apoiou na distribuição de 111,025 preservativos (11,756 preservativos femininos e 99,269 preservativos masculinos) e 14,316 lubrificantes (9,136 distribuídos a trabalhadoras de sexo e 5,180 a HSH) durante sessões de sensibilização comunitárias e nas US.

No âmbito do aumento de acesso aos serviços de ATS o projecto conta com o apoio de conselheiros leigos que desempenham actividades nas comunidades (ATSC) e apoiam as US na provisão deste serviço a estas populações, para além de participar nos comités TARV das US apoiadas. De Setembro de 2013 a Março de 2014 foram testados 492 nos ATSC e 742 nas US (452 TS, 11 HSH, 257 mineiros e suas esposas e 22 usuários de drogas).

O projecto VIDAS tem vindo a promover o acesso a serviços integrados de saúde e amigos a estas populações chave. Durante este período, um total de 1774 pessoas (1109 TS, 67 HSH, 375 mineiros e 223 usuários de drogas) foram atendidas nas 12 US apoiadas pelo projecto nos vários serviços existentes nas US (Consulta de planeamento familiar (128 onde 125 TS e 3 usuários de drogas), pré-natal, tratamento de ITS (149 onde 134 TS, 1 HSH, 2 mineiros e 12 usuários de drogas) e ATS).

*Resultados Alcançados pelas Iniciativas do Projecto Vida no período 2013/2014*

<b>Indicador e População Chave</b>	<b>Inhambane</b>	<b>Cabo Delgado</b>	<b>Nampula</b>	<b>Total</b>
<b># de pessoas alcançadas em Sessão de sensibilização - Primeiros contactos</b>	1.222	343	851	2.416
TS	237	323	814	1.374
HSH	56	20	37	113
Mineiros	929			929
<b># preservativos distribuídos pelos activistas e conselheiros leigos nas sessões de sensibilização comunitária</b>	26.159	22.907	30.770	79.836
TS	15.510	21.889	29.170	66.569
HSH	3.400	1.018	2.930	7.348
Mineiros	7.249			7.249
<b># lubrificantes distribuídos pelos activistas e conselheiros leigos nas sessões de sensibilização comunitária</b>	2.521	2.997	4.372	9.688
TS	962	2.792	2.934	6.688
HSH	1.559	205	1.438	3.202
<b># ATS-C realizado pelos conselheiros leigos</b>	231	149	112	492
<b># De atendimentos nas US</b>	673	853	248	1.774
TS	172	731	206	1.109
HSH	0	37	30	67
Mineiros	497	0	0	497
UD	4	85	12	
<b># De ATS nas US</b>	166	83	49	298
TS	29	64	36	129
HSH	0	7	10	17
Mineiros	137	0	0	137
UD	0	12	3	15

Populações Chave Alcançadas pelos Programas Apoiados pela USAID em 2013  
(MTS/Homens Clientes das MTS e População Geral)

Programa/ Projecto	IEC		ATS		Serviços Saúde		VBG	
	M	H	M	H	M	H	M	H
Projecto MARPS Tete (Moatize)	2,537	4,384	573	491	952 <sup>60</sup> ,		65	
Projecto Estradas Maputo, Sofala e Manica	11,452	23,765	1,627	3,283			3,452	2,317
SCIP Zambézia	8,997	12,621	29,030	19,836				

Fonte: CNCS Relatório Anual 2013

Matiz de Resultados 4: Grupos de Alto Risco (Populações Chave)

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
4.1. Aumento da proporção de trabalhadora/es de sexo que usam de forma consistente o preservativo	4.1.1. Disponíveis programas de prevenção específicos a trabalhadores de sexo e seus clientes	3 Projecto em implementação: Vidas, Projecto ROADS e Projecto SCIP. Com o envolvimento de varias organizações tais como a FHI360, PSI, Pathfinder, Lambda, UNFPA, Visão Mundial, ICRH ente outras.  Em 2013 foi aprovado um Programa apoiado pelo Fundo Global, tenso a FDC como Recipiente Principal.
4.2. Aumentam clientes de trabalhadora/és de sexo usam de forma consistente o preservativo	4.2.1. Clientes de trabalhadoras de sexo cobertos por programas de mudança de comportamento individual através de educadores de pares	FHI360, ICRH, PSI, FDC (ver dados fornecidos no narrativo acima)
	4.2.2. Trabalhadore/as de sexo cobertos por programas de habilidade para comunicação e negociação de sexo seguro	FHI360, ICRH, PSI, FDC (ver dados fornecidos no narrativo acima)
4.3. Aumentam populações de alto risco que conhecem seu estado	4.3.1. População dos grupos de alto risco que fazem teste e recebem resultados (Desagregado por grupo de risco e sexo)	FHI360, ICRH, PSI, FDC (ver dados fornecidos no narrativo acima)
	4.3.2. Aumento da % de doentes que fazem teste de HIV transferidos por praticantes da medicina tradicional	(s/i)
4.4. Aumento da proporção de homens que usam preservativo em relações sexuais com outro homem	4.4.1. Homens que fazem sexo com outros homens são cobertos por programas de prevenção ajustados às suas necessidades	FHI360, ICRH, PSI, Lambda tem intervenções voltadas para alcançar estas populações.
	4.4.2. Realizado um estudo de base sobre dinâmicas de funcionamento de redes sexuais que envolvem homens que fazem sexo com outros homens, e o seguimento após 5 anos	IBBS 2011-2012

<sup>60</sup> Serviços Contraceptivos.

<sup>61</sup> Encaminhamento para tratamento.

## II.4. Detecção Precoce e Tratamento de ITSs

A detecção precoce e tratamento de ITS é outra das área constituintes da componente da prevenção do PEN III. As intervenções estratégicas no âmbito do PEN III incluíam:

- i) a sensibilização das comunidades sobre a importância da detecção precoce e tratamento das ITS incluindo os contactos, integrando as actividades de comunicação para as ITS nas estratégias de comunicação para o HIV;
- ii) expansão e sistematização das actividades conjuntas com os praticantes de medicina tradicional e parteiras tradicionais;
- iii) melhorar da coordenação, a todos os níveis, entre o MISAU, MINED e MJD para aumentar a detecção precoce e tratamento das ITS nos jovens e adolescentes;
- iv) priorização de grupos de alto risco no acesso a esses serviços; e
- v) melhoria dos registos, notificação, monitoria e avaliação das ITS, incluindo os contactos.

Durante o ano 2010, a notificação de contactos registou uma redução na ordem dos 18,8% em relação ao ano de 2009; um grau de desempenho do programa de menos 22.6% se comparado com igual período do ano anterior que foi de 108%.<sup>62</sup>

O ano de 2011 testemunhou uma melhoria nos registos, notificação e avaliação das ITS, incluindo os contactos.<sup>63</sup> As actividades realizadas no âmbito do Programa de Controlo de Infecções de Transmissão Sexual (ITS) evidenciaram melhorias que se traduziram no bom desempenho. Foram atingidos 51% das metas de diagnóstico de ITS no primeiro trimestre com a notificação de 333.713 casos de ITS contra 271.366 do ano precedente.<sup>64</sup>

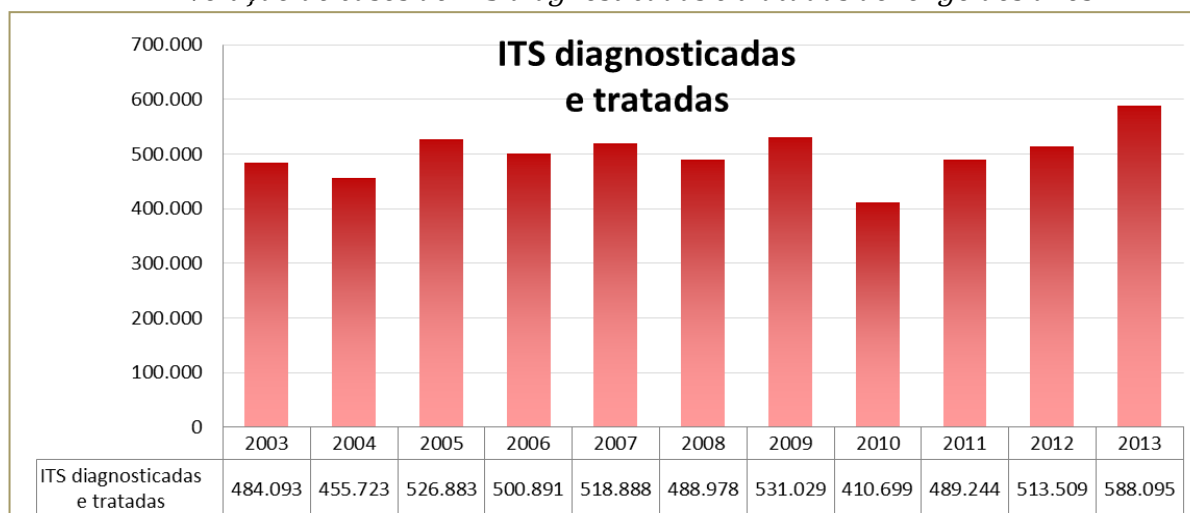
Há algumas inconsistências entre os dados reportados nos relatórios anuais do CNCS com os que são reportados pelo MISAU. Para todo o efeito, importa realçar que O MISAU estabeleceu novas metas, consideradas mais realistas, para os períodos de 2012 a 2014, para o controlo das ITS's. Para a testagem de sífilis estimou-se um crescimento de 688.394 em 2012 para 918.179 em 2014. Em 2012, o programa alcançou 513.509 que corresponde a 68% da meta estipulada contra 588.095 que corresponde a 67% do mesmo período em 2013. Embora isto represente uma redução de 1% em termos do cumprimento da meta (entre 2012 e 2013), também nota-se uma evolução em termos absolutos dos utentes diagnosticados com ITS (15%). A tabela Abaixo ilustra a evolução geral de caso de ITS diagnosticados e tratados ao longo dos anos.

<sup>62</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo, 2011, p.9

<sup>63</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo, 2012, p.5

<sup>64</sup> CNCS - *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo. Abril de 2012, p.11

## Evolução de casos de ITS diagnosticadas e tratadas ao longo dos anos



Fonte: MISAU, PNC ITS/HIV e SIDA 2014.

Os dados desagregados por ano e por província e âmbito para ao ano 2013, indicam que todas províncias, exceptuando Maputo Cidade, tiveram dificuldades em alcançar as metas anuais. As três províncias com cumprimento mais baixo foram Inhambane (43%), Zambézia (48%), e Maputo Província (53%). Por outro lado, observa-se um cumprimento muito acima da meta na Cidade de Maputo, que pressupõe-se que seja devido à deslocação laboral de pessoas provenientes de vários pontos em Maputo Província. Os níveis de desempenho das províncias de Gaza e Sofala foram de 96 % e 86 % respectivamente.

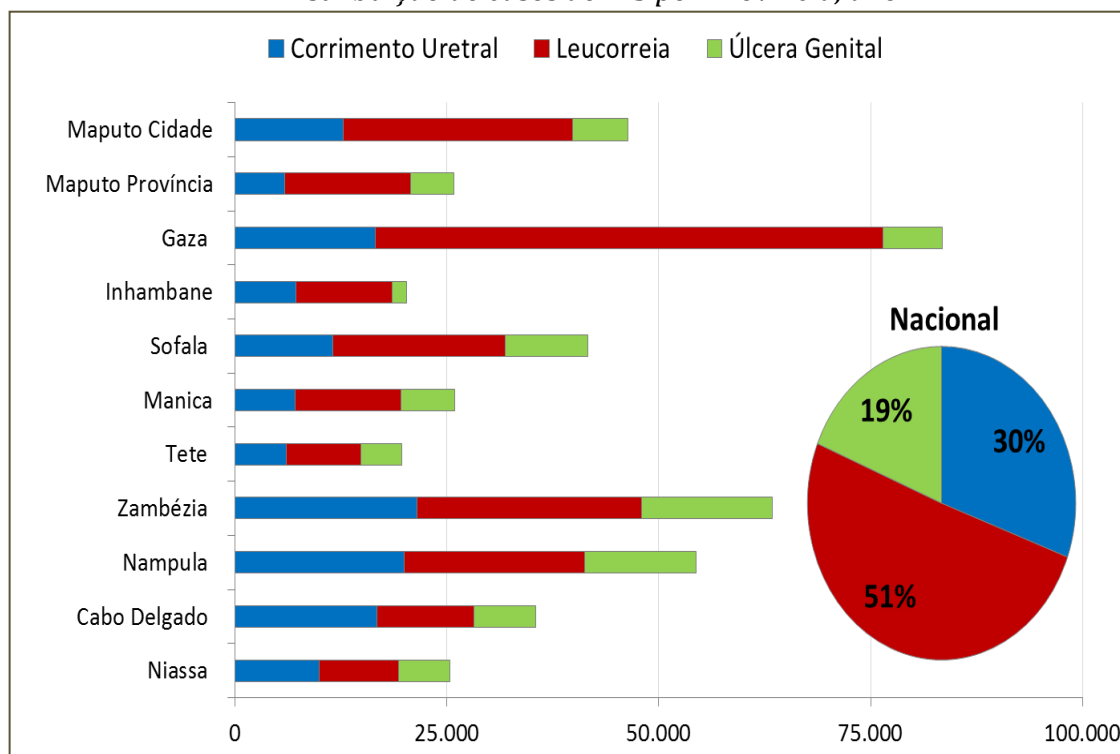
## Casos de ITSs Diagnosticados e Tratados em 2012 e 2013

PROVINCIA	2012			2013		
	Meta Anual	Resultado Anual	% Cumpr. Meta Anual	Meta Anual	Resultado Anual	% Cumpr. Meta Anual
NIASSA	52.019	36.474	70%	60.964	33.777	55%
CABO DELGADO	61.539	54.77	89%	72.121	45.325	63%
NAMPULA	115.822	66.381	57%	135.737	75.764	56%
ZAMBEZIA	152.407	80.869	53%	178.613	85.858	48%
TETE	35.848	30.079	84%	42.011	28.47	68%
MANICA	52.45	35.226	67%	61.468	37.378	61%
SOFALA	53.106	53.559	101%	62.237	53.416	86%
INHAMBANE	52.328	33.409	64%	61.326	26.585	43%
GAZA	89.892	48.077	53%	105.348	100.934	96%
MAPUTO PROVINCIA	55.149	47.899	87%	64.632	34.273	53%
MAPUTO CIDADE	32.053	26.766	84%	37.565	66.315	177%
<b>NACIONAL</b>	<b>752.614</b>	<b>513.509</b>	<b>68%</b>	<b>882.02</b>	<b>588.095</b>	<b>67%</b>

Fonte: Relatório anual sobre Actividades Relacionadas com o HIV e SIDA em Moçambique, MISAU 2014.

Em relação a proporção de síndromes diagnosticadas pela abordagem síndromica pode-se observar no gráfico abaixo que a leucorreia é a síndrome mais frequente, contribuindo para 51 % dos casos e com maior incidência na província de Gaza, seguido da úlcera com 30 % e por último o corrimento uretral que contribui com 19%.

## Distribuição de casos de ITS por Província, ano 2013



Fonte: Relatório anual sobre Actividades Relacionadas com o HIV e SIDA em Moçambique, MISAU 2014

## Matriz de Resultados 5: Detecção Precoce e Tratamento das ITS

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
5.1. Melhoria do registo e notificação das ITS	5.1.1. Melhorar a coordenação a todos os níveis entre o MISAU, MINED e MJD para o aumento da detecção precoce e tratamento das ITS nos jovens e adolescentes	Não há evidências para reportar o alcance deste resultado. O aconselhamento nos SAAJ em 2013 foi de 5%, que pode ser resultado de fragilidades na coordenação e mudanças de configuração no formato de implementação do PGB
	5.1.2. Melhorar os registos, notificação e avaliação das ITS, incluindo os contactos	Os casos de ITS diagnosticados e tratados vem aumentado de 410.699 em 2010 para 588.095 em 2013. Entre 2012 e 2013 houve um aumento em termos absolutos de utentes diagnosticados com ITS (15%).
5.2. Intensificação de sessões de sensibilização comunitária sobre a detecção precoce e tratamento de ITS	5.2.1. Integração das actividades de comunicação para ITS na Estratégia de Comunicação para HIV	Não há evidências dessa integração. Pacotes de serviços desenvolvidos para alcançar populações chave incluem este aspecto mas ainda não estão em implementação.
	5.2.2. Expandir e sistematizar actividades conjuntas com praticantes de Medicina Tradicional e Parteiras Tradicionais	Sem evidências de progresso deste resultado
	5.2.3. Aumentar atendimento e disponibilidade de atendimento para diagnóstico e tratamento de ITS aos Grupos de Alto Risco	Existem algumas iniciativas embrionárias implementadas pelo Projecto VIDAS e m parceira com 12 US\$.



## II.5. Circuncisão Masculina

Em relação a Circuncisão Masculina o PEN III esperava, como resultados, o aumento de índice de circuncisão masculina; o aumento de recém-nascidos circuncidados pelos profissionais de saúde e o facto de homens circuncidados continuarem usando preservativo nas suas relações sexuais. Estes resultados seriam atingidos através da melhoria das condições da prática da circuncisão onde ela é feita, garantindo as questões de assepsia; facilitar a prática de circuncisão masculina baseada nas unidades sanitárias definindo um plano de implementação e grupo alvo prioritário; e formar os líderes comunitários e responsáveis pelos ritos de iniciação em matéria de prevenção do HIV.

Em 2009, o MISAU começou um programa piloto de circuncisão masculina (CM) com o apoio do Centro de Controlo e Prevenção de Doenças (CDC) para testar a exequibilidade de um programa mais vasto com impacto real sobre a incidência do HIV. Este programa alcançou apenas cinco centros de saúde em cinco províncias de Moçambique. Em 2011 foi reinaugurada a Enfermaria de Pequenas Cirurgias/Circuncisão Masculina no Hospital Militar de Maputo.<sup>65</sup> Apesar de não existirem dados consistentes documentados, há registo de implementação de campanhas de sensibilização sobre a circuncisão realizadas em alguns Distritos que englobaram temas como os ritos de iniciação. Foram igualmente capacitados os líderes comunitários e os responsáveis pelos ritos de iniciação em matéria de prevenção.<sup>66</sup>

Em 2012, o MISAU elaborou a Estratégia Nacional de Circuncisão Masculina, 2013-2017, com a principal meta de alcançar dois milhões de homens dos 10-49 anos até 2017. Em 2013, foi elaborada e aprovada uma Estratégia de comunicação e geração de demanda baseada numa pesquisa formativa realizada em várias províncias do País. Um Programa Nacional de Circuncisão Masculina foi formalmente estabelecido em 2013. O número de unidades fixas que oferecem CM cresceu de 16 em 2012 para 27 em 2013. Seis unidades temporárias adicionais aumentaram a quantidade total para 33, em seis diferentes províncias, apropriadamente equipadas e com pessoal formado.

Como ilustra a tabela abaixo, o número de circuncidados neste período aumentou em 61.4% passando de 90.509 em 2012 para 146.046 em 2013. Entretanto, o cumprimento das metas anuais continua baixo tendo decrescido de 50% em 2012 para 37.2% em 2013. O decréscimo resulta do ambicioso plano traçado que previa um aumento de actividades de 2012 para 2013 em mais de 100%. A situação chama a atenção para a necessidade de redobrar os esforços para o estabelecimento de novas US com o serviço de CM.

Os principais desafios da componente de CM estão relacionados com o facto de, por tratar-se, de uma actividade nova, implementada sobre forma de cuidados primários, a sua progressão fica condicionada a criação de condições para a realização dos procedimentos que muitas das unidades não possuem. Além disso, os factores culturais variam em cada parcela do País, muitas vezes influenciando de forma negativa a geração de demanda e a promoção da aderência a este procedimento.

<sup>65</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.77

<sup>66</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.77

*Evolução do Desempenho do Programa CM entre 2012 e 2013*

2012			2013			Evolução
Meta Anual	Resultado	% Cumpr. Meta Anual	Meta	Resultado	% Cumpr. Meta Anual	
180.552	90.509	50%	393.045	146.046	37%	+55.537(61.4%)

Fonte: Relatório Anual sobre Actividades Relacionadas com o HIV e SIDA em Moçambique, MISAU 2014

*Matriz de Resultados 6: Circuncisão Masculina*

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
6.1. Aumento dos índices de circuncisão masculina	6.1.1. Melhoradas as condições de higiene e prevenção do HIV nas zonas onde a circuncisão é praticada como parte dos ritos de iniciação nas comunidades	Não há evidências sobre o progresso deste resultado. Há referências gerais de trabalho articulado entre os Praticantes de Medicina Tradicional e o Sector da Saúde através do Instituto da Medicina Tradicional no âmbito da implementação do Plano Estratégico Nacional para a Expansão da Circuncisão Masculina, 2013-2017
	6.1.2. Aumento do número de homens e número de mulheres que optam pela circuncisão masculina para os seus filhos	(s/i)
	6.1.3. Aumenta a proporção de homens maiores de 15 anos circuncidados	Cerca de 48% de homens entre 15-49 estão circuncidados. o número de circuncidados em 2013 aumentou em 61.4% passando de 90.509 em 2012 para 146.046 em 2013.
6.2. Aumento de Recém-nascidos circuncidados pelos profissionais de saúde	6.2.1. Unidades Sanitárias capazes de realizar circuncisão masculina segura	O número de unidades fixas de circuncisão masculina passou de 16 unidades para 27, distribuídas pelas diversas províncias do País. Para além destas unidades fixas funcionaram também 6 unidades temporárias totalizando 33 unidades de CM.
	6.2.3. Aumento do número de profissionais de saúde formados e que realizam a circuncisão seguindo padrões de boas práticas	(s/i)
6.3. Homens circuncidados continuam usando preservativo nas suas relações sexuais	6.3.1. Aumento da proporção de homens cobertos por programas de comunicação no âmbito da circuncisão masculina	Em 2013 foi elaborada e aprovada uma Estratégia de comunicação que tem como objectivo promover a demanda e aumentar a adesão aos serviços de CM.

**II.6. Prevenção da Transmissão Vertical**

O governo moçambicano comprometeu-se a melhorar significativamente a sobrevivência materna e infantil até 2015, reduzindo o número de novas infecções por HIV até menos de 5%, alcançar 90% das mulheres grávidas com serviços de PTV e aumentar a proporção de mães HIV positivas que tem acesso ao tratamento Antiretroviral para 30% até 2015.<sup>67</sup>

A expansão do programa de PTV constitui um dos maiores progressos destes quatro anos de implementação do PEN III. O programa iniciou em 2002 implementado em 8 unidades sanitárias que implementavam o PTV. Em 2010, ano primeiro da implementação do PEN III, a expansão do programa tinha sido de 909 (86%) das 1.063 unidades sanitárias com

<sup>67</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2010 e 2011. Março de 2012 p.30  
Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

CPN<sup>68</sup> e, desde 2007 que a meta relativa ao número de US's administrando PTV (indicador 16 do QAD-Saúde) é ultrapassada<sup>69</sup>. Nos anos subsequentes, o programa foi registando os mesmos progressos atingido 1063, 1170 unidades sanitárias em 2011 e 2012, respectivamente.<sup>70</sup> Em 2011 não somente a meta foi ultrapassada em mais de 100 unidades sanitárias, como também o número de US que administram PTV já tinha atingido, nesse ano, a meta definida para o quinquénio 2010/2014 de 1063 US, demandando respectivos ajustes.<sup>71</sup> Em 2013, este indicador continuou confirmando a sua consistente tendência crescente dos últimos 5 anos, alcançando 1213 US a fazer PTV, cerca de 150 US acima da meta do quinquénio.<sup>72</sup>

Em termos de resultados, a prevenção da transmissão da mãe para filho aumenta exponencialmente, mas sua cobertura está aquém do desejado. De acordo com os dados do programa de PTV, em 2011, 736,794 mulheres grávidas (64,6% das mulheres presentes na 1ª CPN receberam aconselhamento e testagem para o HIV e 59.087 receberam profilaxia Antiretroviral, totalizando uma cobertura de 60,2% de todas as mulheres grávidas infectadas com o HIV. Em relação as crianças expostas, 42,162 (44%) receberam profilaxia Antiretroviral. O acesso ao tratamento Antiretroviral (TARV) para mulheres grávidas ainda é um grande desafio em Moçambique. Em 2010, 6.944 grávidas receberam TARV e em 2011, este número cresceu para 8.643. Se considerar-se que 30% das mulheres grávidas HIV positivas seriam elegíveis para TARV (CD4<350/mm3), correspondendo a um total de 39.438 mulheres grávidas HIV-positivas, o que indica que há ainda muito a ser feito, para assegurar mais mulheres grávidas que precisam tem acesso a este serviço.<sup>73</sup>

Um dos indicadores dos três indicadores fundamentais que avaliam o desempenho do sector da saúde no âmbito do quadro PARP 2010/2014 - [% e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho] – demonstrou dificuldades de atingir as metas nos quatro anos de implementação do PEN III, o que impede a materialização dos compromissos traçados de acesso universal e de zero novas infecções por meio de transmissão de mãe para filho.<sup>74</sup>

Dados das avaliações ao sector de saúde revelam que em 2010, o desempenho deste indicador foi comprometido essencialmente pela rotura de stocks de testes de HIV, associadas à falta de desembolsos do Fundo Global. Adicionalmente, as insuficiências ao nível logístico e do sistema de distribuição, e a deficiente quantificação das necessidades aos níveis provincial e periférico, assim como as fraquezas da implementação do programa em geral, contribuíram também para que a meta não fosse alcançada.<sup>75</sup> O ano de 2011 marca o momento em que depois de um crescimento assinalável de 24% desde 2007 a 2009 e com um pico de 69% em relação ao total de grávidas HIV+ esperadas de 2010, pela 1ª vez a taxa de cobertura se distancia reduzindo para 66%.<sup>76</sup> Em 2012 e 2013, segundo os dados do programa, a meta de 90.3% (88.658) para 2012 e 92.238 para 2013 não foram atingidas tendo o alcançado ficado em 84% (85.587) e 90.3% (88. 658) para 2012 e 2013

<sup>68</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2010 e 2011. Março de 2012 p.30

<sup>69</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012. Maputo, Maio de 2013, p 47

<sup>70</sup> CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.65

<sup>71</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012. Maputo, Maio de 2013, p 47

<sup>72</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2013. Maputo, Abril de 2014, p36.

<sup>73</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA, 2010 e 2011. Março de 2012 p.34

<sup>74</sup> CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.12

<sup>75</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual (ACA X) do Desempenho do Sector de Saúde. Maputo, Março de 2011, p 28

<sup>76</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011. Maputo, Abril de 2012, p 34

respectivamente. Embora não se tenha atingido a meta registou-se uma tendência crescente em relação ao ano anterior olhando para os dados absolutos.<sup>77</sup>

A fim de reverter o cenário de baixa cobertura deste indicador o sector de saúde através da DNSP foi realizando algumas intervenções das quais se destacam:<sup>78</sup>

- Formação de grupos de mães para mães em todos os distritos das províncias com prevalência alta que inclui busca activa, sensibilização de parceiros, retenção nas consultas do PTV e outros apoios suplementares domiciliários e suporte nutricional;
- Implementação das recomendações da avaliação nacional da implementação do PTV realizada em Agosto de 2011 em 84 US do país com objectivo de reforçar o programa para responder ao plano internacional que visa desenvolver actividades clínicas e comunitárias rumo à eliminação até 2015) que abrangeu a reformulação das metas nacionais e provinciais; e,
- Capacitação de todas enfermeiras de SMI na nova abordagem terapêutica.

De modo a permitir o alcance destas metas definidas no plano de ETV, foi necessário o desenvolvimento de estratégias mais ousadas. Em Junho de 2013 foi iniciada a implementação da **Opção B+ (TARV Universal para mulheres grávidas e lactantes)** no país, que deve ser oferecida apenas em US a oferecer TARV. O restante das US de PTV do país continua a implementar a Opção A (oferta de profilaxia ARV e oferta de TARV segundo elegibilidade clínica e/ou imunológica).

De modo a permitir a implementação da Opção B+ foi necessária a organização da **delegação de tarefas para as Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (ESMI)**, assim como a implementação do modelo da Paragem Única na SMI, com oferta de cuidados e tratamento para o HIV dentro dos serviços de SMI. Para tal foi necessário o desenvolvimento de um currículo de formação com orientações claras para a organização dos serviços. Ao longo do ano de 2013 foram realizadas 41 formações, com a participação de 1.084 ESMI. Até Dezembro de 2013 havia no país 534 US com profissionais formados e a implementar a Opção B+.

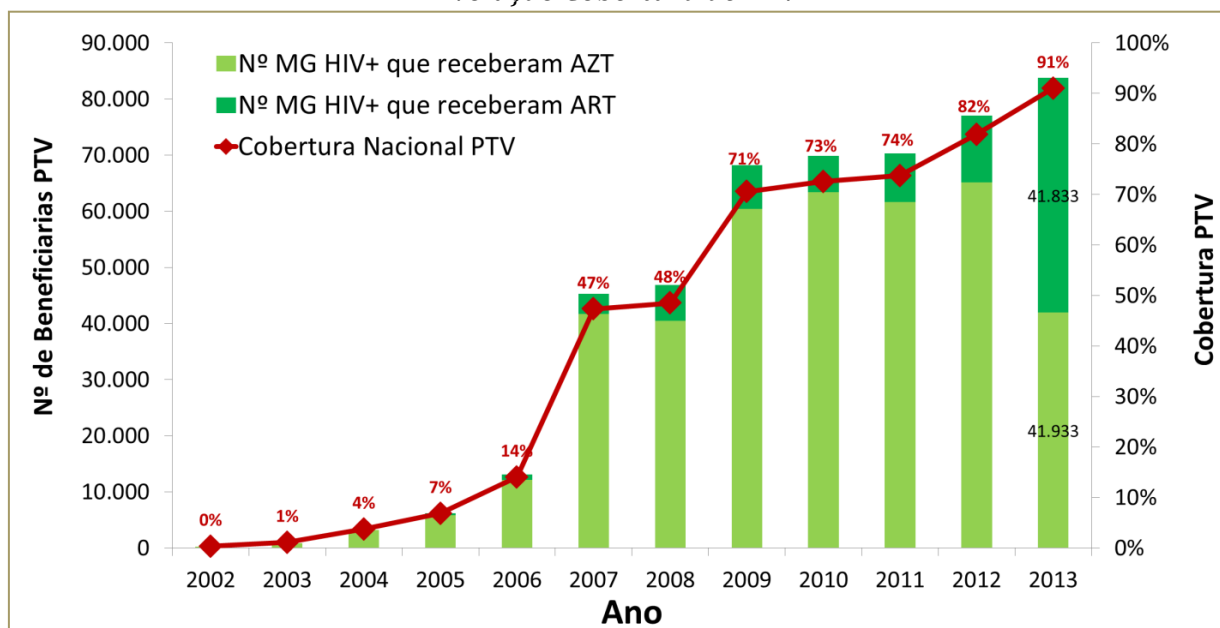
**A implementação da Opção B+** no país será feita de forma gradual. A Opção B+ para o PTV será implementada apenas em US a oferecer TARV. Para o ano de 2013 a meta era a implementação da Opção B+ em 496 US. Em Dezembro de 2013, havia no país 1213 US a implementar PTV, sendo que destas 534 US estão a implementar Opção B+.

Em termos dos **resultados na área de PTV**, a implementação desta nova norma permitiu um claro aumento no número de mulheres a receberem profilaxias mais eficazes no país, com 50% mulheres grávidas a receberem biprofilaxia AZT/NVP e 50% das mulheres grávidas a iniciarem TARV. No gráfico abaixo pode ser vista a evolução da cobertura de oferta de profilaxias ARVs para prevenção da transmissão vertical para mulheres grávidas, com um aumento importante da cobertura populacional nos últimos anos, inclusive o aumento importante na oferta de TARV observado no ano de 2013 com a implementação da Opção B+.

<sup>77</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012*. Maputo, Maio de 2013, p 47

<sup>78</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011*. Maputo, Abril de 2012, p 35

## Evolução Cobertura de PTV



Fonte: MISAU, PNC ITS/HIV e SIDA 2014.

Progressos importantes foram também registados a nível programático e de advocacia política na área do PTV:

- Em 2012 foi desenvolvido o *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012/2015*, em seguimento ao facto de, em Julho de 2011, Moçambique ter endossado a Iniciativa Global de Eliminação da Transmissão Vertical (E-TV). Esta iniciativa constitui uma mudança radical do paradigma de Prevenção para Eliminação da transmissão vertical até 2015, assegurando assim a sobrevivência destas crianças e de suas mães. Neste contexto o país fez a revisão das metas previamente estabelecidas em 2010, passando a redução para menos de 5% da transmissão vertical até 2015, e a cobertura de 90% de regimes ARVs mais eficazes para PTV. O plano nacional de actividades incorpora dois grandes objectivos do Plano Global que são: i) reduzir o número de novas infecções por HIV em crianças em 90% e ii) reduzir o número de mortes maternas relacionadas ao SIDA em 50%.<sup>79</sup>
- Realização, em Agosto de 2012 em Maputo, da reunião das Primeiras Damas da Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral, à margem da 32ª Cimeira de Chefes de Estado e de Governo da SADC, sob o Lema “*A Prevenção da Transmissão do HIV de Mãe para Filho como garantia para o Desenvolvimento na Região*”. Na Declaração final as 1ªs Damas comprometeram-se a: i) advogar para que os compromissos regionais para o combate ao SIDA, em particular a redução da mortalidade materna e morbilidade infantil sejam implementados de forma célere; ii) advogar para o reforço para aceleração da implementação e expansão das quatro principais áreas programáticas de PTV e tratamento do HIV na Região da SADC; iii) exortar os Governos para reforçarem a integração do PTV nos serviços de SMI e SSR como forma de aumentar o acesso e racionalizar os recursos existentes; iv) mobilizar as mulheres e os parceiros, para aderirem aos programas e serviços de SMI disponíveis; v) mobilizar os líderes e chefes comunitários, líderes religiosos,

<sup>79</sup> MISAU - Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012/2015. DNS, 2013, p 9.



parteiras tradicionais, médicos tradicionais e outros intervenientes chave, no sentido de apoiarem a iniciativa das Primeiras Damas sobre a Prevenção para a Eliminação da Transmissão do HIV de Mãe para Filho; e vi) exortar os Governos para que disponibilizem mais recursos para os programas de combate ao HIV e SIDA.<sup>80</sup>

- Aprovação, em Novembro de 2012, pelo Comité Terapêutico Nacional, da implementação do TARV Universal para as mulheres grávidas e para as lactantes, como estratégia para uma redução drástica da transmissão vertical. Sendo assim, todas as mulheres grávidas e lactantes HIV+ nas US com PTV e TARV irão iniciar o TARV, independentemente do seu resultado de CD4 e/ou estágio clínico. As US sem TARV continuam a implementar a opção A, ou seja, de acordo com a avaliação da elegibilidade ao TARV (estadiamento clínico e/ou colheita de CD4), as elegíveis devem ser encaminhadas às unidades sanitárias (US) e de referência para início do tratamento e, as não elegíveis continuam a fazer a profilaxia com ARV.<sup>81</sup>

Os dados relativos à cobertura reportados para o indicador de PTV tem sido problemáticos ao longo dos anos, em função dos problemas de qualidade de informação identificados com o indicador. Em Março de 2012, o Fundo Global divulgou o relatório de auditoria de dados de indicadores do HIV e Tuberculose relativos ao desempenho do ano de 2011 que indicava que, apesar de terem sido desenvolvidos instrumentos padronizados de colheita de dados, persistiam inúmeros problemas na qualidade de dados reportados.<sup>82</sup> Em 2012 tal como reportado em 2011, os dados do PTV ainda registavam desafios enormes a nível de qualidade de dados, tendo chegado a registar-se coberturas acima de 100% em algumas regiões indicando dupla contagem de mulheres. A situação foi atribuída a uma acção conjunta de múltiplos factores: mudanças ocorridas no programa, em termos de introdução de novos instrumentos de recolha e registo; falhas no cálculo do indicador a nível das US; limitada capacitação em trabalho; insuficiente controlo rotineiro da qualidade de dados; fraca gestão de dados em todos os níveis aliada a inexistência de orientações e procedimentos escritos geralmente pouco claros sobre como fazer face aos erros e inconsistências detectados.<sup>83</sup> Na avaliação de 2013 o problema de dados continuou tendo sido revisto o denominador do Spectrum para ano 2013 e ajustes a formas de cálculo.<sup>84</sup>

Os desafios na implementação do PTV e no alcance das meta estão relacionadas com os seguintes aspectos:<sup>85</sup>

- Insuficiente acesso ao TARV por parte de mulheres grávidas elegíveis, nas CPN;
- Baixa cobertura de partos institucionais, com insuficiente uso de maternidades;
- Prestação de serviços de fraca qualidade;
- Constrangimentos importantes na retenção no seguimento na CPN, com apenas 50% das mulheres grávidas a terem a 4ª CPN(IDS, 2011);<sup>86</sup>
- Dificuldade de acompanhar expansão do TARV às periferias devido a disponibilidade de tempo para formações das ESMI;

<sup>80</sup> Cimeira das Primeiras Damas. Declaração de Maputo sobre a Eliminação da Transmissão do HIV de Mãe para Filho

<sup>81</sup> MISAU - Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012/2015. Maputo, 2013, p 12.

<sup>82</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011*. Maputo, Abril de 2012, p 35.

<sup>83</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012*. Maputo, Maio de 2013, p 47.

<sup>84</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2013*. Maputo, Abril de 2014, p36.

<sup>85</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.65 & CNCS (2012). Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. Março de 2012.

<sup>86</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2013*. Maputo, Abril de 2014, p 42.



- A adesão ao TARV e retenção de pacientes (mulheres, crianças, população geral) são desafios de mudança de comportamento que exigem, a consideração da perspectiva sócio cultural e de comunicação para o melhor uso de sinergias.

*Resumo dos Progressos na área do PTV*

Indicador de Produto/execução	Real 2010	Meta 2010	Real 2011	Meta 2011	Real 2012	Meta 2012	Real 2013	Meta 2013
Nº de US's com PTV	909	900	1.063	963	1.170	1.022	1.213	1063
% e (Nº) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos ARV nos últimos 12 meses para reduzir o risco de transmissão de mãe para o filho	69.0% (69.880)	75.099	66.0% (67.379)	81.428	84% (85,587)	90.3% (88. 658)	90.8% (83.766)	92.238

Fonte: ACAs X, XI, XII e XIII Sector da Saúde

*Matriz de Resultados 7: Prevenção da Transmissão Vertical*

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
7.1.Reduzida a Incidência do HIV em menores de 2 anos	7.1.1. Todas USs com serviços de SMI oferecem PTV	Desde 2013 todas as US com maternidades oferecem PTV
	7.1.2. Aumento da proporção de mulheres aconselhadas e testadas em HIV nos cuidados pré-natais	Em 2013 reporta-se que 85% de mulheres na CPN foram aconselhadas e testadas.
	7.1.3. Aumento da proporção de mulheres grávidas HIV positivo que recebem profilaxia com ARV e as elegíveis para o tratamento recebendo o TARV	A proporção de mulheres grávidas recebendo ARVs para profilaxia para evitar transmissão do HIV de mãe a filho evoluiu de 66% em 2010/11 para 92% em 2013.
	7.1.4. Aumento de mulheres HIV positivo sexualmente activas que usam contraceptivos de forma consistente	Sem evidências para aferir o alcance deste resultado. Contudo, foi iniciado o desenvolvimento da Estratégia de Integração do Planeamento Familiar com os serviços de cuidados do HIV e SIDA
	7.1.5. Aumenta o número de crianças de mães seropositivas com acesso ao diagnóstico precoce e/ou teste do HIV aos 9-18 meses	Houve expansão significativa de US que oferecem possibilidades de colheita de amostras PCR (DNA HIV): de 597 em 2012 para 752 em 2013. Actualmente existem 4 laboratórios de referência para fazer teste de PCR no país (Maputo, Beira, Nampula e Quelimane). A provisão e expansão de tecnologia móvel para impressão de resultado do PCR em 500 US do país diminuiu o tempo de espera de resultados. O desafio continua sendo a colheita tardia do PCR entre crianças (somente 40% foram colhidas abaixo de 2 meses de idade).
	7.1.6. Aumenta o número de crianças nascidas de mães seropositivas que recebem profilaxia com cotrimoxazole desde 4-6 semanas de vida	(s/i)
	7.1.7 Aumento do número de mulheres beneficiárias de TARV após o parto	A simplificação de critérios de elegibilidade aumentou relativamente o número de mulheres em TARV mas continua sendo um enorme desafio o acesso e retenção do TARV no pós-parto.
7.2. Aumentam as mulheres que adoptam	7.2.1. Famílias e comunidades expostas a programas de aconselhamento e	(s/i)

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
práticas seguras de aleitamento materno	suporte para melhoria da nutrição e alimentação para a criança recém-nascida	
7.3. Aumentam as mulheres que adoptam práticas seguras de aleitamento materno	7.3.1 Aumento da % de mulheres desnutridas em PTV que recebem assistência alimentar e nutricional	(s/i)
	7.3.2 Aumento da % de crianças expostas que recebem assistência alimentar e nutricional durante os primeiros 2 anos	(s/i)

## II.7. Biossegurança

As acções estratégicas relacionadas com subcomponente de biossegurança estão voltadas para o fornecimento regular do equipamento de protecção individual às unidades sanitárias e aumentar a capacidade e qualidade das infra-estruturas e de equipamento para testagem, colheita e conservação do sangue e seus derivados; garantir sistemas centralizados de esterilização nos hospitais provinciais, gerais e distritais; expandir a implementação do PPE nas unidades sanitárias e melhorar a notificação e seguimento da PPE; notificar os dadores de sangue de alguma infecção identificada e facilitar as oportunidades aos dadores para aceder ao aconselhamento pré e pós teste, cuidados e tratamento. Adicionalmente, as prioridades devem incluir a capacitação das pessoas que fazem as circuncisões e os PMTs em matéria de assepsia, melhorar a informação e educação nas famílias e comunidade para protecção contra o uso dos objectos cortantes para fins de ornamentação ou abordagens de tratamento que envolvem escoriação do corpo.

Há fraco reporte de progressos em relação a esta área durante os últimos anos de vigência do PEN III. As referências documentais indicam que em Dezembro de 2011 foi aprovado pelo Conselho de Ministros o estabelecimento do Serviço Nacional de Sangue (SENASA), proposto pelo MISAU. O SENASA tem como objectivo garantir a colheita e disponibilidade do sangue humano e produtos do sangue em quantidade e qualidade adequadas para as necessidades de terapia pelo Serviço Nacional de Saúde. Os dados disponíveis indicam que, de 2003 a 2011 o número de unidades de sangue colhidas aumentou de 66932 por ano para 107019 por ano. Apesar do aumento do número de unidades de sangue colhidos, o número de doações de sangue ainda não é suficiente para cobrir a demanda. Em 2011 foram colhidas 107019 unidades mas de acordo com estimativas da OMS isso representa 53% da procura de sangue pelo país (cerca de 200 mil unidades por ano).<sup>87</sup>

O reforço da área de mobilização e recrutamento de doadores de baixo risco continua uma prioridade para o PNTS, pelo facto de biossegurança começar com a selecção de doadores de baixo risco. De 2003 a 2011, a percentagem de sangue colhido de doadores voluntários aumentou e excedeu o sangue colhido de doadores que tem uma relação com os receptores do sangue colhido. Dados de 2010 mostram que cerca de 60% de doações de sangue foram feita por doadores não pagos enquanto 40% de doações são de conhecidos dos pacientes beneficiários.<sup>88</sup>

<sup>87</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2010 e 2011. Março de 2012 p.28/19

<sup>88</sup> Idem

**Matriz de Resultados 8: Biossegurança**

Resultados	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
8.1.Reduzida a transmissão do HIV nas unidades sanitárias através de fluidos corporais e equipamento médico contaminado	8.1.1. Aumento de Unidades sanitárias com bancos de sangue	O PNTS possui 153 locais proporcionando transfusões de sangue.
	8.1.2. Trabalhadores de saúde praticam as precauções básicas e utilizam equipamento de protecção individual	(s/i)
	8.1.3 USs apetrechadas com equipamento de protecção individual e auto claves para esterilização de equipamento médico-cirúrgico	(s/i)
	8.1.4 Aumento do # de USs que implementam PPE nas US	(s/i)

**II.8. Prevenção do HIV no local do trabalho**

As prioridades do PEN III nesta área visam a redução de infecções priorizando programas abrangentes de prevenção e controle dos riscos de infecção ao HIV decorrente do exercício profissional; programas de mudança de comportamento com maior enfoque para redução de parceiros concomitantes; promoção de actividades de aconselhamento e testagem; melhoria da capacidade logística e de distribuição de preservativos no local de trabalho sobretudo para trabalhadores com maior mobilidade profissional e maior envolvimento de trabalhadores infectados na implementação de acções de prevenção.

**Resposta do HIV e SIDA no Sector Privado**

Com a implementação do PEN III, continuou em funcionamento o Grupo de Coordenação da Resposta ao HIV e SIDA no local de trabalho, no sentido de reforçar a capacidade de planificação e coordenação e descentralização dos mecanismos de tomada de decisão e gestão de recursos. Foi criado um Grupo de Trabalho de Monitoria e Avaliação da resposta ao HIV e SIDA no local de trabalho que desenhou um Manual do Subsistema de M&A da resposta no local de trabalho com o objectivo de aumentar o nível de relato de dados do sector privado para alimentar a base de dados de M&A da resposta nacional do CNCS. Para testar o Subsistema foi realizado um Projecto-piloto de M&A em parceria com o CNCS e com o apoio da UNAIDS e da OIT, nas províncias de Cabo Delgado, Tete, Zambézia, Manica e Sofala, tendo sido treinados um total de 93 técnicos de associações do sector privado, empresas, sindicatos e do CNCS. Como resultado do Piloto aumentou o número de empresas reportando informação ao CNCS e dando maior visibilidade da resposta ao HIV e SIDA no local de trabalho.<sup>89</sup>

O sector privado tem aumentado o seu envolvimento nas acções de prevenção e mitigação do impacto do HIV. A nível nacional há uma representatividade das diferentes empresas do sector privado que aderiram as actividades da Resposta nacional ao HIV e que utilizam o PEN III como guião orientador para a planificação das suas actividades neste âmbito.<sup>90</sup>

Através da EcoSIDA, órgão de coordenação do Sector Privado, foi promovido lobby e advocacia junto do sector privado para incentivar o desenvolvimento de acções de resposta apropriadas para o sector. Em 2010, o CNCS acompanhou a realização de 23 encontros de lobby dirigidas para as empresas, a nível nacional foram realizados 88 encontros de mobilização das empresas com a presença dos respectivos gestores, tendo resultado em

<sup>89</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2010 e 2011. Março de 2012 p.25

<sup>90</sup> CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.45

mais em mais 215 empresas com programas contra o HIV/SIDA. O trabalho com os medias no sentido mobilizar a desenvolver acções de combate ao HIV e SIDA no local de trabalho, mereceu uma prioridade especial.<sup>91</sup>No mesmo ano a EcoSIDA iniciou programas-piloto em três províncias para ganhar a participação do sector informal, algo facilitado pela existência no sector de estruturas de governação interna, que facilitaram a realização de reuniões com os empresários informais.<sup>92</sup>

Segundo dados da EcoSIDA, em 2011 foram aconselhadas em HIV, 7.823 pessoas, foram realizadas 67 sessões de divulgação da legislação de PVHS, distribuídos 917.039 preservativos masculinos e 20.641 preservativos femininos, 37 educadores de pares treinados nas empresas (318 homens e 161 mulheres) e; foram criados e treinados 45 núcleos de trabalho no sector privado e informal. Estes núcleos visam mobilizar gestores de empresas sobre o HIV, Tuberculose e Malária.<sup>93</sup>

Entre 2012 e 2013 foram realizadas 70 sessões de consciencialização sobre o impacto do HIV nas empresas, formados 39 núcleos de HIV com o objectivo de gerir o programa de HIV na empresa, 6.799 trabalhadores alcançados (5.501 homens e 1.298 mulheres) nas sessões de prevenção para o HIV em empresas e locais de trabalho; foram distribuídos 1.508.087 preservativos masculinos e 96.005 preservativos femininos; foram realizadas 396 sessões de aconselhamento para testagem. Foram aconselhados 6.218 trabalhadores (4.688 homens e 1.530 mulheres); 387 trabalhadores foram encaminhados aos serviços de saúde (252 homens e 135 mulheres). Ainda entre 2012 e 2013, foram realizadas 4 formações de provedores de serviço em desempenho de políticas, 3 formações para pontos focais de empresas em gestão de programas de HIV, 16 formações de educadores de pares em técnicas de facilitação de sessões sobre HIV.<sup>94</sup>

#### *Principais Resultados das Actividades de HIV e SIDA no Sector Privado*

<b>Indicadores</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Área de Mobilização de Empresários</b>				
Encontros de mobilização de empresas	123	169	74	48
Novas empresas a implementarem o roteiro	215	139	118	213
Número de novos membros	23	08	2	0
<b>Área de Sensibilização</b>				
Sessões de sensibilização realizadas	2554	2963	2341	4312
Trabalhadores alcançados pelas sessões de sensibilização	22675	36593	17,367	17,803
<b>Área de Aconselhamento e Testagem Voluntária</b>				
Trabalhadores aconselhados e testado	26548	30903	35,436	30,384
<b>Área de Formação e Capacitação</b>				
Formadores de EPs formados	161	72	157	64
Educadores de Pares formados	362	297	555	85
Facilitadores de Desenho de Políticas formados	54	36	131	48
<b>Área de Disponibilização de Preservativo e Material Educativo</b>				
Material IEC distribuído	429.496	75.475	91,000	800,000
Preservativos Masculinos	5.520.582	3.003.784	2, 158, 589	2, 269,474
Preservativos Femininos	82.856	21.164	30,179	32,471

Fonte: GARPR (2013)

<sup>91</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo, 2011, p.22

<sup>92</sup> CNCS - *Avaliação Conjunta Anual do POA 2010*. Maputo: Abril 2011; p.5

<sup>93</sup> EcoSIDA, 2011. *Relatório Final de Actividades e Relatório Financeiro Final*. Maputo.

<sup>94</sup> EcoSIDA, 2013. *Trabalhadores Saudáveis: Prevenção do HIV para o Local de Trabalho*. Relatório Final do Projecto.

*Número de empresas com programas compreensivos de HIV e SIDA no local de trabalho.*

Indicadores	2010	2011	2012	2013	Total
<b>Área de Políticas de HIV e SIDA</b>					
Grupos de Trabalho de HIV e SIDA constituídos	68	57	48	38	
Políticas de HIV e SIDA elaboradas	57	58	47	46	

Outras organizações indicam ter realizado intervenções para alcançar trabalhadores nas áreas de construção e comunidades circunvizinhas. Em 2012 e 2013 o Millenium Challenge Account implementou, em parceria com a N'weti Comunicação para Saúde, um programa de prevenção e mitigação do impacto do HIV e SIDA nas áreas de impacto dos projectos de construção e reabilitação de infra-estruturas de água, saneamento e estradas nas províncias de Nampula e Zambézia, resultante da mobilidade e migração de força de trabalho e retalhistas não-residentes para os locais dos projectos. A intervenção incluiu o desenho de uma política do HIV no local de trabalho, acções de prevenção e mitigação do impacto do HIV e SIDA entre os trabalhadores residentes nos acampamentos das obras do MCA e população residente ao redor dos mesmos.

Para a prossecução dos objectivos do projecto a N'weti e o MCA combinaram abordagens de mobilização comunitária através de diálogos comunitários e comunicação interpessoal complementadas por acções de comunicação interpessoal, de educação e entretenimento (road-shows), com recurso a múltiplos meios de comunicação (revistas e programas de rádio). Adicionalmente, a intervenção expandiu as suas acções de modo a incluir a provisão de serviços de aconselhamento e testagem do HIV nos acampamentos do MCA e nas comunidades circunvizinhas, bem como a referência para o tratamento do HIV nas unidades sanitárias. Nestas intervenções, a N'weti e o MCA indicam ter alcançado cerca de 505.244 homens e mulheres dos 15 aos 49 anos de idade.<sup>95</sup>

Como desafios, a EcoSIDA reporta o facto de, apesar de haver avanços no engajamento do sector privado na resposta ao HIV, algumas empresas privadas, sobretudo as de tamanho pequeno ou médio, relutam em aderir aos esforços para educar e introduzir políticas ou programas de HIV e SIDA no local de trabalho. Mesmo nas empresas que cooperam nas campanhas de mobilização e educação dos seus trabalhadores sobre o HIV e SIDA, a variação é grande na aderência a testagem (e.g., 1% a 75%). Esta variação sugere que existem abordagens eficazes e outras inadequadas para a promoção de testagem nas empresas.<sup>96</sup> Embora haja empresas que desenvolvem e implementam políticas de HIV e SIDA no local de trabalho, a realização das actividades depende muito da vontade dos gestores das empresas, da capacidade institucional e do financiamento disponível.<sup>97</sup>

### ***Resposta do HIV e SIDA no Sector Publico***

A implementação da estratégia na Função Pública deu mais um passo impulsionador para sistematizar as intervenções e estabelecer sistemas ao nível do sector publico. No âmbito da implementação dessa estratégia, o ministério da Função pública formou pontos focais, desenvolveu um manual de facilitação das sessões de sensibilização e tem estabelecido encontros de monitoria trimestral que contam com a participação da maioria dos sectores ao nível central. Contudo, existem desafios na implementação da estratégia, dos quais se incluem o fraco cometimento da liderança para implementar os programas, a intermitência

<sup>95</sup>N'weti. Final Performance Report. Implementation of the HIV AIDS Prevention Component for the RFP infra-structure projects. 2013.

<sup>96</sup>CNCS - Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Abril 2011; p.6.

<sup>97</sup>CNCS - Avaliação Conjunta Anual (ACA 2012). Maputo, Julho de 2013, p.9.



na disponibilidade de preservativos, múltiplas interpretações e falta de clareza sobre a questão dos mecanismos de apoio institucional e, grandes desafios em relação a recolha de dados sobre as intervenções apoiadas, para além das fragilidades dos sistemas de sistemas de M&A, que ainda não estão operacionais.

O MFP em coordenação com MPD formou os pontos focais para o HIV no local de trabalho em materiais de integração das acções de HIV e SIDA ou de planificação na óptica do HIV e SIDA, dentro do ciclo regular de planificação sectorial. De certo modo, este investimento contribuiu para que os pontos focais desenvolvessem a sua competência para fazer advocacia nas etapas principais de planificação. Durante o processo de auscultação com Sector Público no âmbito desta avaliação, alguns sectores (MDN, MINED, MINT) reportaram ter conseguido integrar algumas actividades chave no PES sectorial.

Não há dados que mostram o número de funcionários no sector público que acedem aos serviços de prevenção e também durante o período de Avaliação do PEN III não havia um foco na medição de qualidades dos programas. No fim de 2013 e início de 2014 foi feita uma avaliação da estratégia de “Combate ao HIV na Função Publica”, mas o relatório ainda não foi disseminado.

Principais desafios e constrangimentos na resposta ao HIV e SIDA no local de trabalho

- Ao nível das instituições do sector público, persiste o desafio de uma planificação verdadeiramente integrada, incorporando assuntos e temáticas relacionadas a prevenção e combate ao HIV e SIDA na função publica. Ao longo do processo de auscultação, a efectiva alocação de recursos para os programas concebidos foi referido como sendo o maior constrangimento para a implementação dos planos sectoriais;
- Apesar da crescente disponibilidade de TARV no país, e de algumas iniciativas de combate ao estigma estarem a ser levadas a cabo, a auscultação revelou que o estigma e a discriminação persistem como uma das principais barreiras ao acesso aos serviços, havendo ainda funcionários que tem dificuldades de revelar o seu sero-estado, em associação a falta de apoio e acompanhamento psicológico. Alguns entrevistados reportaram a dificuldade de tramitação expedita da documentação para o acesso a assistência medica e medicamentosa;

*Matriz de Resultados 9: Prevenção do HIV no local de trabalho*

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Dados/Fontes</b>
9.1. Instituições públicas e empresas privadas integram o HIV nos seus planos anuais e de negócios e implementam a resposta ao HIV de forma coordenada	9.1.1. Aumento da proporção dos funcionários do sector público e trabalhadores do sector privado que acedem a serviços de prevenção ao HIV de qualidade através de programas de HIV e SIDA no local de trabalho	Sector Privado: ver tabela acima fornecida pela ECOSIDA. Sector Publico: Aguarda relatório de avaliação da Estratégia de resposta ao HIV na Função publica)
	9.1.2. Aumento do número de pequenas e médias empresas que implementam, com seus recursos, programas compreensivos de HIV e SIDA no local de trabalho.	ECOSIDA (GARPR): dados, abordagem e desafios



## II.9. Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento

Desde o desenho, em 2005, e início de implementação da Estratégia Nacional de Comunicação a área de comunicação foi considerada componente importante da resposta nacional ao HIV e SIDA. Com a concepção e início da implementação do PEN III a comunicação vem sendo tratada como parte integrante de todo o exercício de implementação das componentes do PEN III, tendo sido articulada de forma transversal, em alguns casos e, como componente isolada, noutros, como indicam os resultados em revista abaixo.

### *Diálogos interactivos e Envolvimento dos líderes na resposta ao HIV e SIDA*

O envolvimento de forma activa e participativa dos líderes comunitários e religiosos foi considerado crucial como estratégia de advocacia para que estes contribuam para redução do risco nas suas comunidades. Este envolvimento circunscreveu-se inicialmente no quadro da Iniciativa Presidencial de Combate ao HIV e SIDA lançada em 2009. Embora os dados do início de implementação do PEN III mostrem variado desempenho entre províncias no alcance dos líderes, no global, em todas as províncias os líderes comunitários foram alcançados por acções de formação e sensibilização sobre o HIV e SIDA.<sup>98</sup> O envolvimento de lideranças comunitárias através de campanhas de sensibilização passou de 13.702 em 2010 para 16.746 em 2011. O envolvimento dos líderes religiosos que estava em 4475 em 2009,<sup>99</sup> passou de 8.531 em 2010 e 10.179 em 2011.<sup>100</sup> Paralelamente, as metas de realização de encontros de diálogo interactivo com as autoridades comunitárias foram sendo cumpridas em mais de 100% (dados até 2012), na medida em que as campanhas ou outras actividades comunitárias relativas ao HIV e SIDA os líderes comunitários eram sempre envolvidos desde a preparação a conclusão e balanço dessas actividades.<sup>101</sup>

### *Revitalização e fortalecimento dos grupos técnicos de comunicação*

Com a implementação do PEN III foram revitalizados e fortalecidos os Grupos Técnicos de Comunicação ao nível central e provincial, com o intuito de assegurar a coordenação e consolidação das actividades da área de comunicação para a mudança de comportamento. A nível central, este processo iniciou com a reformulação dos termos de referência dos Grupos Técnicos de Comunicação (GTCs) ocorrida em 2010. O GTC a nível central foi revitalizado em Março de 2010 contando com 12 membros que se reuniam semanalmente, só em 2010 foram realizados 45 encontros de coordenação visando assegurar a inclusão da componente efectiva da área comunicação na implementação dos documentos da EAP e PEN III. Entre outras actividades, os grupos começaram a examinar e dar o seu parecer sobre propostas de campanhas de comunicação submetidas para tal por diversos sectores da sociedade civil e do sector privado.<sup>102</sup> Ainda a nível central o GTC coordenou o desenvolvimento de campanhas com mensagens que desestimulam a Parceria Múltipla Concorrente (PMC), consumo excessivo de álcool e drogas; a campanha sobre Parceiros

<sup>98</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.15

<sup>99</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.14

<sup>100</sup> CNCS - 2012 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. p.10

<sup>101</sup> CNCS - 2012 - *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo. p.28

<sup>102</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.22 e CNCS - 2011 - *Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades*. Maputo: Abril 2011; p.7

Múltiplo Concomitantes: “Andar fora é maningue arriscado” cuja primeira fase arrancou com o slogan, “Amores a mais é demais”.<sup>103</sup>

Um dos produtos de realce na revitalização dos grupos técnicos de comunicação, foi o desenvolvimento de um Plano Operacional de Comunicação em HIV e SIDA, em 2012, e o Manual de Orientação para a Comunicação que foi disseminado aos grupos provinciais que foram treinados para dar resposta a esta área específica. O Plano foi resultado da realização da II Reunião de Trabalho do Grupo Técnico de Comunicação (GTC) realizada de 7 a 8 de Março de 2012. O plano possui matrizes de actividades a implementar no âmbito das 5 componentes prioritárias do PEN III. O Plano Operacional de Comunicação priorizou dez áreas estratégicas nomeadamente: i) promoção dos direitos humanos e sociais; ii) promoção de aconselhamento e testagem em saúde; iii) promoção do uso consistente do preservativo; iv) promoção da prevenção da transmissão vertical; v) promoção da mudança social e do comportamento; vi) promoção do reforço dos direitos das PVHIV e prevenção positiva; vii) promoção da procura de serviços de saúde e adesão ao tratamento das ITS/TARV/TB; viii) promoção do apoio a COVs e agregados familiares afectados; ix) capacitação e ; x) coordenação.<sup>104</sup>

A nível provincial, a criação e fortalecimento dos grupos técnicos de comunicação ocorreu em diversas fases, em 2010 destacaram-se os trabalhos dos grupos de comunicação das províncias de Inhambane, Cidade de Maputo, Gaza, Zambézia, Niassa e Sofala que tiveram um desempenho regular ao longo do ano, tendo realizado no mínimo três (3) sessões de trabalho cada;<sup>105</sup> em 2011 os grupos de Gaza, Manica e Nampula (reunidos 1 vez), Niassa e Inhambane (2 vezes), Maputo Cidade (3 vezes) e Sofala (4 vezes). As províncias de Nampula e Cabo Delgado não tiveram um funcionamento regular dos seus grupos devido a falta de assistentes de comunicação.<sup>106</sup>

#### *Coordenação de acções de comunicação e campanhas sobre HIV e VIDA*

Para além dos grupos técnicos de comunicação, para operacionalização do PEN III foi instituída uma Unidade de Comunicação (UNICOM), no CNCS, responsável pelos esforços de coordenação interna das actividades de comunicação.<sup>107</sup> A UNICOM coordenou o processo de lançamento e avaliação da Campanha “Andar fora é maningue arriscado”; lançamento oficial dos resultados do INSIDA; realização de seminários regionais para a capacitação de jornalistas, assistentes de comunicação entre facilitadores, supervisores e coordenadores de acções de advocacia em matérias relacionadas com HIV e SIDA (com o apoio da JHU/PACTO); capacitações dos líderes juvenis, das comissões distritais de HIV e SIDA e de PFs distritais;<sup>108</sup> elaboração do guião de orientação para uma boa comunicação; coordenação da implementação da campanha de prevenção da infecção pelo HIV por ocasião dos Jogos Africano; e a implementação da Campanha Janela da Esperança para promoção da protecção das crianças e jovens do risco da infecção pelo HIV.<sup>109</sup>

<sup>103</sup> CNCS – 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.23

<sup>104</sup> CNCS - 2012 - . Operacionalização do PEN III. Plano Operacional de Comunicação em HIV e SIDA/2012

<sup>105</sup> CNCS - 2011 - Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo; Abril 2011; p.7

<sup>106</sup> CNCS – 2012 - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.28

<sup>107</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.24

<sup>108</sup> CNCS – 2013 - A Resposta Nacional ao HIV e SIDA. Avaliação Conjunta Anual (ACA 2012). Maputo. Julho de 2013, p.22

<sup>109</sup> CNCS – 2012 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. CNCS: Fevereiro de 2012, p.22

### *Moçambicanização da mensagem*

Na sua concepção, o PEN III reafirmou o princípio de que, a resposta moçambicana ao HIV e SIDA só poderá ser mais efectiva se observar a necessidade de implementar estratégias de comunicação atentas às características da epidemia, aos contextos sociais e culturais onde as populações moçambicanas vivem. Foi finalizado em 2013 um Manual de Orientação para Boa Comunicação que se espera que sirva de guião orientador para melhorar a comunicação sobre a mudança de comportamento e a moçambicanização de mensagens.<sup>110</sup>

### *Produção de boletins informativos periódicos e actualização do Website do CNCS*

Para disseminação de informações sobre as actividades do CNCS no âmbito do PEN III, foi reconstituída a página Web do CNCS ([www.cncs.org.mz](http://www.cncs.org.mz)) e relançada, em 2010, com uma actualização contínua. Das principais inovações introduzidas está a simplificação da página e a integração de janelas para os Núcleos provinciais. Até Julho de 2010 tinham sido publicados seis (6) Boletins informativos distribuídos por via electrónica para colaboradores e parceiros do CNCS. A informação para os boletins informativos era recolhida e produzida a nível provincial e posteriormente incluída na página Web por cada NPC. <sup>111</sup> Em 2012 os NPC de Cidade de Maputo e de Nampula produziram três boletins, folhetos e "banners" sobre a missão e visão do CNCS, enquanto Manica produzia boletins informativos trimestralmente. Não obstante os esforços desencadeados, o Banco de dados não operacional sobre as organizações operando na área do HIV e SIDA, a nível provincial e distrital, continua inoperacional. <sup>112</sup> Em 2011, a página Web do CNCS, acolheu a publicação do Manual de Boas Práticas elaborado pela MONASO, após um processo de recolha e sistematização. <sup>113</sup> Um dos constrangimentos da actualização permanente da página por parte dos NPC foi a passividade dos parceiros no envio de informação para seu enriquecimento.

### *Programas e Campanhas de Comunicação Implementados*

Um grupo de parceiros locais e internacionais (JHUCCP, FDC, N'WETI, PSI) juntou esforços no desenvolvimento da primeira campanha nacional (multimédia) coordenada de forma multisectorial e com um conceito unificado, para a redução dos parceiros sexuais múltiplos através do aumento da percepção de risco e criação de modelos positivos de mudança para redução do número de parceiros.

A campanha foi implementada em duas fases. A primeira fase arrancou em 2010 e foi concebida para a consciencialização sobre os riscos dos parceiros sexuais múltiplos, enquanto a segunda fase (de 2011 até 2013) centrou-se em aumentar a desaprovação social dos comportamentos parceiros sexuais múltiplos. As duas fases da campanha foram desenvolvidas com base nos achados de pesquisas socioculturais e comportamentais realizadas em Moçambique. O lema da campanha baseou-se no conceito: "**Andar fora é maningue arriscado**" e abordou questões relacionadas com redes sexuais, abuso de álcool, o fenómeno das "catorzinhas" e outros temas subjacentes aos comportamentos de parceiros sexuais múltiplos.

<sup>110</sup> CNCS - A Resposta Nacional ao HIV e SIDA. Avaliação Conjunta Anual (ACA 2012). Julho de 2013, p.24.

<sup>111</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.23.

<sup>112</sup> CNCS - A Resposta Nacional ao HIV e SIDA. Avaliação Conjunta Anual (ACA 2012). Julho de 2013, p.24.

<sup>113</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2011*. Maputo. Fevereiro de 2012, p.21.

Em 2013, uma avaliação da campanha foi realizada pelo projecto R2P (Pesquisa para Prevenção) em duas províncias com maior prevalência de HIV em Moçambique (Gaza e Maputo). Segundo os resultados dessa avaliação, a campanha teve um efeito positivo na redução de comportamento de parceiros sexuais múltiplos através do aumento do conhecimento e discussão com o parceiro principal sobre o risco de parceiros sexuais múltiplos. Ela também mostrou que aqueles com consciência sobre os riscos de parceiros sexuais múltiplos eram menos propensos a envolver-se em comportamentos de parceiros sexuais múltiplos. A campanha também teve um impacto positivo directo no conhecimento e na discussão de risco de parceiros sexuais múltiplos e um efeito indirecto sobre as atitudes que desencorajam parceiros sexuais múltiplos. Aqueles que tinham informação e falavam com seus parceiros sexuais eram mais propensos a ter atitudes que desestimulam a prática de parceiros sexuais múltiplos<sup>114</sup>

O projecto “Comunicação para a Mudança Comportamental e Social em Relação ao HIV e SIDA e Fortalecimento da Comunicação pelos Serviços de Combate ao HIV, voltado para Aumentar a Adesão “conhecido por “***Tchova Tchova Juntos Podemos Mudar***”, financiado pela USAID e pelo PEPFAR, foi implementado pela Escola de Saúde Pública Bloomberg/Centro para Programas de Comunicação (CPC) da Universidade Johns Hopkins, em parceria com a WorldVision e a Aliança Internacional contra o HIV e SIDA, em estreita colaboração com a N’weti, através de 16 Organizações Comunitárias de base e 17 rádios comunitárias, para além de três estações de difusão radiofónica e televisiva.

***Tchova-Tchova Histórias de Vida*** (TTHV) é uma metodologia concebida para o contexto Moçambicano, com vista a promover a equidade de género, a adesão à prevenção e ao tratamento do HIV e SIDA. A ferramenta foi desenhada com base nos resultados de pesquisas socioculturais e comportamentais realizadas no país e a sua implementação foi avaliada com sucesso em Nampula, Zambézia, Sofala, Gaza, Maputo cidade e província, onde beneficiou, directamente, cerca de 150.000 pessoas.

O TTHV aplica uma abordagem de transformação para facilitar a mudança social e comportamental, através de um processo de diálogo comunitário, no qual mulheres e homens adultos discutem e exploram os factores de risco, as práticas saudáveis e examinam criticamente como é que podem superar as barreiras que dificultam a adesão à prevenção e tratamento do HIV e SIDA, incluindo o contexto estrutural, as normas sociais e de género que operam nas suas próprias vidas, famílias e comunidades.

O ferramenta **Tchova Tchova** tem enfoque na transmissão de conhecimentos com o envolvimento dos beneficiários. TTHV desenrola-se em dez sessões e no final, os beneficiários recebem manuais e brindes/lembranças com dizeres importantes visualizados nos vídeos, de forma a difundirem as mensagens para outras pessoas. Actualmente a utilização da ferramenta Tchova Tchova na mobilização comunitária já escalou 17 comunidades e, até Outubro 2013, alcançou 150 mil participantes. As sessões de mobilização comunitária com a utilização da ferramenta Tchova Tchova abordam os seguintes temas: os valores culturais; papel das mulheres; a violência doméstica; o uso de preservativos; como comunicar após a descoberta do sero-estado; orientação dos pais sobre o futuro dos filhos; redes e parceiros sexuais; casais sero-discordantes; circuncisão masculina; TARV e outros temas afins.

<sup>114</sup>Maria Elena Figueroa; D. Lawrence Kincaid, 2014 - Evaluating the impact of a communication campaign on multiple sex partnerships in Mozambique. JHCCP

Relativamente ao impacto da implementação das actividades do Tchova Tchova, 92% das pessoas referem que o uso de preservativo tem grande valia na redução da transmissão do HIV, o que consubstancia a redução de indivíduos com múltiplos parceiros nos últimos 12 meses. Igualmente, que os líderes comunitários, são os principais agentes para garantir um ambiente favorável para mudanças e sustentabilidade das acções.

Pouco ressonante, pela efemeridade com que passou e dimensão restrita terá sido a campanha sobre a **Janela de Esperança**. Segundo se pode anotar, teve uma receptibilidade visível, particularmente na Cidade de Maputo, onde o grosso do seu investimento em painéis gigantes foi notório e com uma mensagem clara e bastante incisiva para todos os seus potenciais grupos, mas a sua réplica e resultados alcançados terá sido praticamente invisível.

Entre 2010 e 2011, a N'weti Comunicação para Saúde implementou a campanha de comunicação para mudança social e de comportamento denominada "**Amores a mais, é demais. Yuuh! Não vale a pena**", que incluiu, entre outros aspectos, produtos de comunicação para Rádio, Televisão, Revistas e painéis gigantes (billboards). A campanha tinha como objectivo central elevar a percepção dos riscos associados ao HIV e questionar normas socioculturais que legitimam e perpetuam comportamentos de risco.

Em 2012, o DFID conduziu uma avaliação de impacto independente com o objectivo de medir o alcance e impacto da intervenção "**Amores a mais, é demais. Yuuh! Não vale a pena**". A avaliação foi baseada num inquérito representativo de homens e mulheres com idades compreendidas entre os 15-49 anos, ao nível nacional. A avaliação de impacto foi conduzida pela Universidade de Tulane e contou com a assistência do Instituto Nacional de Estatística. No total, foram conduzidas 5.056 entrevistas em todo país. A exposição a campanha foi relativamente alta para homens e mulheres alcançando 24.6% para rádio e 37.6% para televisão, o que representa um alcance de cerca de 3,760,960 de pessoas<sup>115</sup>.

Em termos de conhecimento sobre o HIV, a avaliação apresenta evidências claras da associação positiva entre a exposição a campanha "Amores amais é demais" e o nível de conhecimento dos inquiridos: 54.6% das mulheres expostas a campanha sabem que PVHS devem usar o preservativo para evitar a transmissão do HIV contra 43.8% dos não expostos. Ainda sobre conhecimento, 59.2% das mulheres reportam saber onde buscar informação sobre HIV SIDA contra 49.6% das mulheres não expostas.

A exposição a campanha "Amores amais é demais" teve efeito sobre conhecimento relacionado com teste do HIV: 25.3% das mulheres expostas as revistas da campanha informaram ter feito o teste do HIV como resultado da exposição as revistas "Amores amais é demais", comparado com 15.8% de mulheres não expostas. Maior efeito ainda revelou-se entre homens: 23.9% dos homens expostos a campanha reportam ter usado o preservativo com parceiro regular comparado a 13.8% de não expostos. Apenas 13% dos respondentes não expostos usaram o preservativo na sua última relação, comparado a 20.5% dos respondentes expostos a campanha.

O **Programa Geração Biz** tem foco nos adolescentes e jovens e os seus progressos e funcionamento são importante mencionar. De 2010 a 2012 o PGB foi implementado em

---

<sup>115</sup>Hutchinson, Paul, Eva Silvestre, Jennifer Wheeler, Philip Anglewicz, John Hembling, and Dominique Meekers. External Evaluation of the Southern African Regional Social and Behavior Change Communication Program, as Implemented in Mozambique. Department of Global Health Systems and Development. Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine. New Orleans, Louisiana, USA. 2013.



todas as Províncias, com recurso, maioritariamente, a financiamento externo (através do UNFPA). O programa fornece informação e serviços de saúde a adolescentes e jovens de modo a criarem habilidades para uma boa gestão da sua vida sexual e reprodutiva, prevenindo-se das ITS e do HIV e para saberem viver positivamente, para além de conhecerem os seus direitos. As principais actividades realizadas centraram-se nas sensibilizações e capacitações através dos Educadores de Pares, com enfoque para matérias relativas a Prevenção de gravidez, ITS, abstinência, uso de preservativos, violências baseada no género, igualdade de género e sexo intergeracional.

Nos anos 2012 e 2013, o financiamento do programa passou para a responsabilidade do Estado, através do Ministério da Juventude e Desportos, o que traduziu-se numa drástica redução em termos de implementação. Existe um plano estratégica do PGB 2014 -2017 que não esta custeado ou financiado. Apesar fraco financiamento do PGB, o MJD e seus parceiros de implementação do PGB (MINED e MISAU), em 2013, formou 474 activistas (entre 10-24 anos de idade) em Prevenção e HIV em 5 províncias (Cabo Delgado 110, Zambézia 170, Tete 171, Sofala 93, Nampula 196); produziu 8000 diários femininos e um panfleto masculino; formou 115 funcionários dos SAAJ.

Conforme o indicado acima, o MINED também trabalha no PGB dentro das escolas secundários nas mesmas Províncias e aborda temas sobre HIV e SIDA e ITS, que estão integrados no curricula e programas extra-escolares. O PGB é implementado em 431 Escolas Secundárias, através da intervenção de 4.317 educadores de pares (activistas), tendo já alcançado 1.214.253 adolescentes e jovens. De acordo com o informe do MINED foram capacitados 645 professores activistas que apoiam, coordenam as actividades e fazem a ligação com as direcções das escolas.

#### *Desafios da área da comunicação:*<sup>116</sup>

- Apesar de existir grupos de comunicação em todas as províncias, ainda persistem alguns constrangimentos na percepção da relevância deste fórum por parte dos representantes das organizações da sociedade civil e sector privado que são enviados para os encontros de trabalho. As pessoas que participam destes fóruns pouco contribuem para a melhoria e empenho das missões;
- É notório o envolvimento dos líderes comunitários em acções de comunicação sobre HIV e na realização de campanhas. No entanto, a articulação e partilha de informações sobre as actividades realizadas por estes, não é devidamente documentada e partilhada;
- A participação das PVHIV em actividades de comunicação para a mudança de comportamento continua tímida, necessitando de um maior investimento em campanhas e acções de sensibilização na comunidade e nos diferentes sectores (público e privado) e na sociedade;
- Um desafio na área de comunicação durante a implementação do PEN III foi a definição dos indicadores qualitativos e quantitativos para medir a mudança de comportamento, não há pacotes padronizados de intervenção e os diferentes actores que trabalham nesta frente reivindicam ganhos que não são globalmente quantificáveis ou analisados.

<sup>116</sup> CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.82  
Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA



- As campanhas implementadas no contexto da vigência do PEN III, continuam tendo carácter parcial e abrangência limitada.
- Durante as auscultações nas províncias, todos os participantes destacaram a retracção de intervenções voltadas para alcançar adolescentes e jovens como um perigoso retrocesso na capacidade do país educar e consciencializar esta camada populacional para proteger-se do HIV e SIDA.

*Matriz de Resultados 10: Comunicação*

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Dados/Fontes</b>
10.1.Reduzida a proporção de raparigas e rapazes que adoptam comportamentos sexuais de risco	10.1.1.Reduzida a proporção de jovens dos 15-24 anos que tiveram relações sexuais com um homem 10 ou mais anos mais velho	(s/i)
	10.1.2. Reduzida a proporção de rapazes e raparigas que inicia a actividade sexual com menos de 15 anos de idade	Através do GARPR 2014 e possível ver alguns dados nesta área. Por o sexo masculino desde 2010/2011 houve alguma redução significativa em 2012/2013 (24.8% a 16.8%). Mas para o sexo feminino não houve uma redução (25% versus 24.5)
10.2.Reduzida a proporção de homens e mulheres envolvidas com Parceiros Múltiplos	10.2.Reduzida a proporção de homens e mulheres envolvidas com Parceiros Múltiplos	Através do GARPR 2014 e possível ver alguns dados nesta área. Os números mostram que a percentagem das mulheres e homens que tiveram sexo com mais que um parceiro nos últimos 12 meses não reduziu desde 2010/2011 para 2012/2013. Permanecendo em 30.6% entre as mulheres e 25.5 entre os homens.
	10.2.3.Estimulada a participação activa de pessoas seropositivos em actividades de comunicação para a mudança de comportamento	(s/i)
10.3. Aumentada a proporção da população geral e de grupos de maior risco que reportam mudanças de comportamento	10.3.1. Implementadas abordagens de comunicação sensíveis às dinâmicas de género e às especificidades culturais	Txova-Txova, Andar fora é Maningue Arriscado, Amores a mais é demais, Janela de Esperança, entre outros
10.4. Criado ambiente favorável à materialização do carácter transversal da componente de comunicação na resposta ao HIV e SIDA em Moçambique	10.4.1. Reforçada a capacidade das instituições do sector público, privado e sociedade civil e actores comunitários em conceber e implementar programas compreensivos e holísticos de comunicação adequados às suas necessidades	Plataforma de Comunicação Operacional a nível central e provincial.

## Avaliação da Componente de Prevenção

Critérios	Resultados da Avaliação
<b>Relevância</b>	<p>A componente Prevenção, no âmbito do PEN III, manteve a sua relevância, apesar dos desafios para a sua implementação estruturada e os constrangimentos relacionados com a mudança de paradigmas no enfoque da resposta ao HIV e SIDA a nível global e nacional.</p> <p>Durante o período de vigência do PEN III, as intervenções biomédicas, centradas nos serviços clínicos afirmara-se como paradigma dominante e disseminaram a sua hegemonia através do lema “tratamento como prevenção” influenciando o pensamento actual sobre a resposta ideal na prevenção do HIV. A prevenção, através de intervenções comunitárias para a mudança de comportamento, perdeu, substancialmente, importância dentro das abordagens estratégicas, como também na alocação dos recursos humanos e financeiros. A contracção de recursos para as iniciativas de comunicação para a mudança de comportamento, diálogos comunitários, comunicação interpessoal, logística e gestão de preservativos, entre outros, reduziu, significativamente a relevância das intervenções previstas no âmbito da prevenção.</p> <p>Par e passo, as componentes de prevenção que tem ligação directa com serviços clínicos, como é o caso dos ATS, PTV, Circuncisão Masculina e ITSs conheceram significativos progressos, ressaltando a sua pertinência e relevância.</p>
<b>Eficiência</b>	<p>Algumas das actividades realizadas constituem importantes mais-valias com vista ao cumprimento dos objectivos da componente e na redução de novas infecções. O desempenho dos programas de ATS, PTV e de Circuncisão Masculina demonstram que essas intervenções foram eficientemente arroladas e implementadas, com consistente apoio técnico e financeiro.</p> <p>Igualmente digno de nota, foram as intervenções voltadas para alcançar as populações chave. Os estudos e pesquisa realizados sobre estas populações permitiram estabelecer bases informadas para estruturar respostas e intervenções direccionadas a essas populações, e assistiu –se, de facto a um crescimento de intervenções voltadas para alcançar essas populações, incluído o redireccionamento da subvenção do Fundo Global sob gestão da FDC, Ronda 9, Fase II. Não obstante este enfoque, os resultados das intervenções ainda estão por vir.</p> <p>As intervenções centradas nas iniciativas de comunicação para a mudança de comportamento experimentaram novas formas de coordenação multisectorial através do grupo técnico de comunicação e desenvolveram ferramentas que abordam diversos aspectos relacionados com a vulnerabilidade e criação de demanda para os serviços de prevenção e tratamento. Entretanto, a dispersão de metas de coberturas e, evidências parciais, demandam uma melhor estruturação e harmonização dos processos com vista a ampliar as coberturas e a interligação com os serviços clínicos de forma sistematicamente monitorável.</p> <p>As áreas que menos se destacaram na componente de prevenção estão relacionadas com as intervenções centradas no local de trabalho, sobretudo as relacionadas com a Função Pública, para a qual carece a disponibilização dos resultados da avaliação efectuada. A gestão logística de preservativos tem deixado muito a desejar, em função das contínuas falhas e lacunas de coordenação entre o CNCS, MISAU e parceiros com vista a fazer chegar ao usuário, que deverá fazer uso desta eficiente tecnologia de prevenção.</p> <p>A contracção de recurso para financiar a resposta ao HIV e SIDA, sobretudo para as intervenções de prevenção, implicou numa drástica redução do número de instituições e actores engajados na resposta ao HIV e SIDA, reduzindo o dinamismo das intervenções e, conseqüente, o alcance das intervenções, exceptuado por aquelas centradas nas Unidades Sanitárias.</p>

<b>Eficácia</b>	<p>Uma análise plausível sobre a eficácia requereria a disponibilidade de dados sobre a suficiência e adequação de recursos financeiros disponíveis, suficiência e adequação de recursos humanos e suficiência e adequação de recursos materiais disponíveis para a implementação desta componente do PEN III. Nenhuma desta informação está disponível, o PEN III não foi custeado aquando da sua elaboração não se permitindo, portanto, a este tipo de análise. A maioria das intervenções implementadas assume um carácter extemporâneo, centrada nas oportunidades de financiamento a que poderia lançar mão, exceptuando pelas intervenções biomédicas que seguiram um curso diferente, capaz de demonstrar que as metas estabelecidas para ATS, PTV, Circuncisão Masculina, Diagnóstico e Tratamento das ITSS foram eficazmente implementadas, com essas intervenções a demonstrarem bom desempenho face as metas estabelecidas, salvo pela componente de Circuncisão Masculina que esta a conhecer uma gradual expansão.</p>
<b>Impacto</b>	<p>Não há evidências para sustentar esta análise.</p>
<b>Sustentabilidade</b>	<p>A sustentabilidade técnica e financeira para a dinamização da resposta ao HIV e SIDA na componente de prevenção não está ainda assegurada. Outra garantia de sustentabilidade é o potencial de apropriação da resposta nacional ao HIV e SIDA pelo país. O exemplo do Programa Geração Biz ilustra, de forma inequívoca, a lacuna que existe em termos de desenvolvimento e apropriação de competências ao nível do país para sustentar, quer em termos técnicos quer em termos de disponibilidade de recursos, iniciativas duradouras e monitoráveis para compreender a evolução da resposta nacional. Outro exemplo verifica-se com o que acontece nas campanhas de comunicação. A maioria das campanhas assume um carácter episódico ou de media duração, sem bases materiais de sustentabilidade para continuar a implementação a longo prazo, sobretudo se tivermos em conta que a mudança de comportamento é um compromisso que demanda tempo e múltiplos investimentos de médio e longo prazo.</p> <p>Em contrapartida, as acções de prevenção de cariz biomédico, ATS, PTV, Circuncisão Masculina, Diagnóstico e tratamento de ITSS, demonstram maiores probabilidades de sustentabilidade e continuidade, tendo em conta que estão inscritas nas rotinas e estratégias do MISAU, não obstante a oscilação de fundos, e recursos humanos, médico e medicamentosos para a sua implementação, em função da dependência externa para o financiamento destas actividades vitais no contexto de resposta do país ao HIV e SIDA.</p>

## Recomendações par a Componente de Prevenção

A prevenção que nos últimos anos de implementação do PEN III foi secundarizada em detrimento das componentes biomédicas deverá ser a componente prioritária do PEN IV, revigorando-se e redimensionando as suas acções estratégicas para reduzir o número das novas infecções em conformidade com as novas tendências da epidemia, tendo em conta que as evidencias acumuladas nas intervenções biomédicas não devem ser vistas como critério, por si só, para reiterar o mérito das intervenções de comunicação para a mudança de comportamento. Por componente, em relação as intervenções voltadas para a prevenção recomenda-se:

### *Aconselhamento e Testagem*

- ❖ Expansão dos serviços de aconselhamento e testagem na comunidade e maior coordenação e integração de serviços na comunidade assim como entre a comunidade e as unidades sanitárias, com o objectivo de aumentar-se a demanda para o ATS, tendo em conta a capacidade de resposta das US e metas estabelecidas

em contínuo alinhamento e coordenação entre o MISAU e os parceiros implementadores;

- ❖ De acordo com o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV, prover a expansão de ATIP em todos os pontos de entrada chaves dentro das US. O ATS-C deverá focalizar nas áreas de alta prevalência do HIV e nas áreas com baixa cobertura de testagem, a serem definidas em estreita concertação com o MISAU;
- ❖ Investir na melhoria da qualidade de dados e ligações dos instrumentos de referencia dentro das US e entre as US e as organizações comunitárias envolvidas no ATS-C;
- ❖ Expandir o ATS-C para maior engajamento de pessoas elegíveis para TARV, promoção de vida positiva e comunicação para casais sero-discordantes bem como a promoção do envolvimento dos homens para aderirem ao ATS;
- ❖ Observar os resultados do relatório sobre os Modos de Transmissão, para aferir que grupos populacionais e regiões geográficas do país, deverão merecer uma abordagem de testagem direccionada, para maximizar a eficiência na provisão destes serviços.

### ***Preservativos***

- ❖ Estabelecer mecanismos formais e estruturados de estreitamento das parcerias entre o Sector Publico, Sector Privado e Organizações da Sociedade Civil para garantir o escoamento e a adequada gestão logística dos preservativos, com enfoque para a colocação deste dispositivo de prevenção no usuário final ao nível das comunidades urbanas e rurais;
- ❖ Aprimorar os estudos e processos de estimativa das necessidades de preservativo, masculino e feminino, incluindo outros produtos e derivados, como os lubrificantes a base de água, relevantes para prevenção na população geral e nas populações chave identificadas pelo MoT.

### ***Populações chave e grupos vulneráveis***

- ❖ Conferir importância epidemiológica aos HSH, MTS e seus clientes, revelada pelos estudos IBBs e MoT, incluindo-os na concepção de intervenções, planificação das actividades de resposta ao HIV e SIDA e na prestação de serviços de saúde;
- ❖ Prosseguir com a implementação de programas voltados para alcançar as Populações Chave, assegurando a harmonização dos pacotes de serviços a serem providenciados e garantir a ligação com as componentes clínicas;
- ❖ Sistematizar as informações sobre o alcance e cobertura dos programas em curso com vista a assegurar uma cobertura direccionada a populações chave, com mais clareza sobre as metas e resultados a alcançar;
- ❖ Desenvolver intervenções de prevenção dirigidas para jovens e adolescentes priorizar as jovens raparigas concebendo e implementando (em parceria com

associações) intervenções específicas endereçadas a este grupo (dentro e fora da escola), pois é um grupo extremamente vulnerável e afectado de diferentes formas, conforme atesta o relatório sobre os Modos de Transmissão.

- ❖ **Trabalhadoras de Sexo:** Desenvolvimento de um pacote completo de programas e intervenções com o fortalecimento e ampliação das acções de prevenção ao HIV e ITSs entre MTSs. Os programas de prevenção que abordam os diversos condutores locais de infecção, tais como baixa escolaridade, os padrões de parceria sexual e infecção com ITSs são necessárias. Essas acções devem ser orientadas pela noção de "prevenção combinada", incluindo o fornecimento de conhecimento, preservativos masculinos e femininos, educação de pares e activistas, aconselhamento e testagem, triagem para ITSs, encaminhamento para as USs, mudança de comportamento, bem como intervenções estruturais que abordem as géneses da vulnerabilidade, nestas populações.
- ❖ **Homens que fazem sexo com Homens:** implementar intervenções de prevenção do HIV baseadas em evidências com base numa estratégia de três frentes, designadamente, garantir o acesso a preservativos e lubrificantes à base de água; assegurar o acesso a não-estigmatização no aconselhamento e testagem do HIV; e trabalhar com organizações não-governamentais locais familiarizados com a população de HSH para desenvolver campanhas de comunicação social inovadoras e eficazes, com amplo envolvimento de educadores de pares dentro das redes sexuais de HSS;
- ❖ Estabelecer programas de prevenção que visam melhorar o conhecimento abrangente sobre a transmissão do HIV, aumentando o teste de HIV entre HSH, de modo a ampliar o acesso ao diagnóstico precoce do HIV;
- ❖ Implementar programas de revelação de sero-estado do HIV, prevenção positiva e tratamento de HIV e SIDA dirigidas especificamente para HSH mais velhos (acima de 25 anos), dada a sua prevalência significativamente maior quando comparado com os grupos mais jovens;
- ❖ **População prisional:** facilitar o melhor acesso dos presos à informação e serviços de saúde, incluindo o aumento do acesso ao tratamento de HIV e SIDA e ITSs com destaque para o sífilis, incluindo outras endemias, como a Tuberculose;
- ❖ Desenvolver estratégias de informação, educação e comunicação para eliminar concepções erradas sobre HIV e transmissão de TB, baseadas na educação pelos pares;
- ❖ Fortalecer os mecanismos de monitoramento das três grandes endemias nas unidades prisionais.
- ❖ **Camionistas:** desenvolver intervenções que combinem o uso de mensagens preventivas específicas para esse grupo populacional e seus parceiros; promoção do aconselhamento e testagem entre os motoristas; intervenções preventivas no local de trabalho; e estabelecimento de clínicas nocturnas em lugares estratégicos.

***Detecção e tratamento de ITS***

- ❖ Realizar um Estudo de Prevalência de ITS no país para informar intervenções estratégicas do Sector nesta componente (alternativamente, pode ser assegurada a inclusão de tópicos e temas relacionadas com ITSs nas outras pesquisas de vulto consideradas para o próximo período);
- ❖ Desenvolver pacotes de intervenção para prevenção primária de ITS a nível da comunidade que incluam aconselhamento e testagem e comunicação sobre o risco de ITS cuja implementação deve estar integrada nas outras acções de resposta ao HIV e SIDA;
- ❖ Desenvolver e incluir, nos pacotes de comunicação, elementos que promovam maior acesso e cobertura dos contactos na notificação e tratamento de ITS.

***Circuncisão Masculina***

- ❖ Criar condições para a realização dos procedimentos de assepsia clínica nas unidades sanitárias que não as possuem para que possam oferecer serviços de CM;
- ❖ Reforço das estratégias de comunicação para a circuncisão masculina com enfoque para a criação de procura atendendo variações culturais e mensagens apropriadas sem excluir pessoas com deficiência, primando por abordagens de direitos.

***Prevenção da Transmissão Vertical***

- ❖ Desenvolvimento das estratégias de implementação da integração do HIV no PF;
- ❖ Expansão da Opção B+ para 656 US e do Diagnóstico Precoce Infantil para 90% das US a oferecer PTV;
- ❖ Implementação de intervenções que focalizem nas barreiras de género na testagem através de actividades com grupos de homens e de envolvimento de líderes comunitários (envolvimento, mudança de atitude, informação, educação e comunicação);
- ❖ Fortalecimento e adaptação dos grupos de mães-para-mães com enfoque na ligação unidade sanitária/comunidade (mães/madrinhas, mãe/criança);
- ❖ Aprimorar as estratégias para o envolvimento do parceiro nas intervenções de PTV;
- ❖ Reforço do aconselhamento após o início do tratamento Antiretroviral na unidade sanitária e na comunidade;
- ❖ Definição do pacote mínimo de serviços de prevenção primária a serem oferecidos nas US;
- ❖ Treinamento das ESMI para início de TARV e aumento do acesso ao TARV das mulheres HIV+, das lactantes e das suas famílias nas zonas rurais vivendo longe de US (brigadas móveis);
- ❖ Desenvolvimento de um pacote de intervenções comunitárias de base para agentes comunitários no contexto da E-TV.



### ***Prevenção do HIV no Local de Trabalho***

- ❖ Reforçar a integração do HIV nos programas dos sectores públicos;
- ❖ Reforçar coordenação multisectorial (partilhar informação/relatórios/ BP, ter mensagens de prevenção únicas, encontros de coordenação/equipas conjuntas);
- ❖ Integrar o PEN IV com outras estratégias ou documentos orientadores existentes: Estratégia da Função Pública e o Plano Multisectorial sobre Género e HIV e SIDA;
- ❖ Promover campanhas de ATS voluntárias nas instituições do sector público.

### ***Comunicação e Mudança de Comportamento***

- ❖ Desenvolver linhas estratégicas de comunicação considerando sub- grupos específicos (adolescentes, jovens, mulheres grávidas, homens adultos, trabalhadoras de sexo , etc.);
- ❖ Definição de um pacote de acções de comunicação para as Estratégias de Prevenção Primária que se focalizem em:
  - Veicular mensagens informativas sobre modos de transmissão, prevenção e os diversos serviços comunitários e clínicos para a população geral, de maneira adequada;
  - Prevenção de novas infecções através da promoção de comportamentos saudáveis na população geral, tendo como prioridade os adolescentes e jovens;
  - Promoção de comportamentos individuais desejados como a prática de sexo seguro; uso regular e consistente do preservativo; início tardio da vida sexual para os adolescentes; eliminação de parceiros múltiplos; Tratamento das ITS; frequência regular aos serviços de ATS;
  - Promover a prevenção Positiva na Comunidade com intervenções que incentivam o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV, bem como, a redução de novas infecções pelo HIV;
  - Promover intervenções que estimulam mudanças sociais nas comunidades, mobilizando os influenciadores para fortalecerem a Redução do estigma em relação ao HIV/SIDA; apoio psicossocial para PVHIV; rejeição social de Múltiplos Parceiros; incremento da aceitação e demanda dos serviços de saúde; referencias aos serviços clínicos; apoio para retenção aos serviços; adesão ao TARV; igualdade de género; diminuição da violência baseada no género, incluindo a redução dos índices de casamentos prematuros; mitigação, cuidados domiciliários e COVs.
- ❖ Harmonizar os processos de estimativas de cobertura, monitoria e avaliação dos resultados das iniciativas de comunicação para a saúde.

### III. Componente de Tratamento e Cuidados

<i>Impacto</i> esperado da componente	Mortalidade por SIDA contida em 5% <sup>117</sup> no ano de 2014 em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas neste plano
---------------------------------------	---

A expectativa do PEN III era de que a implementação aumentada de acções concertadas de tratamento e cuidados contribua para a redução relativa da mortalidade por SIDA em 5% em 5 anos, em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas neste plano. Assim, de acordo com as projecções do modelo matemático Spectrum, cerca de 23.000 óbitos devido a SIDA seriam evitados até 2014.

A provisão de cuidados e tratamento do HIV em Moçambique iniciou em 2003, em alinhamento com o Plano Estratégico Nacional 2004-2008 para as ITs, HIV, e SIDA (PEN Saúde). O tratamento foi destacado como uma das sete áreas prioritárias no PEN II (2005-2009).<sup>118</sup> No PEN III 2010-2014 o tratamento e cuidados é uma das quatro componentes principais que permaneceu e, as intervenções estratégicas congregadas nesta componente determinam áreas de provisão de serviços, mutuamente interligados, que incluem: i) a provisão de serviços de continuidade de cuidados tanto para os doentes HIV positivo ainda não elegíveis para o TARV assim como para aqueles que iniciam o TARV e garantir que sejam complacentes às medidas prescritas; ii) a melhoria do rastreio de TB em doentes HIV positivo e vice-versa; iii) a instituição de medidas de tratamento profilático para casos de exposição ao risco; iv) a garantia do apoio nutricional, psicossocial e cuidados domiciliários para os doentes elegíveis que precisam de tal apoio.

#### III.1. Seguimento Pré -TARV

O seguimento Pré-TARV dos pacientes é um dos determinantes para acesso e qualidade do TARV. Há indicações generalizadas de aumento de doentes HIV+ seguidos nas US mas que não corresponde a magnitude de pessoas diagnosticadas HIV+. As visitas de auscultação as províncias revelaram existirem em níveis de funcionamento variado, intervenções de acolhimento e aconselhamento de pessoas HIV+ nas US por educadores de pares PVHIV, conversas interpessoais com mulheres HIV+ para mobilizar início do TARV, acções de aconselhamento realizadas a partir de gabinetes de consultas de pacientes referidos por provedores de serviços de saúde e realizadas por OCBs (Maputo e Zambézia). No entanto faltam evidências sobre o número de doentes HIV+ que são seguidos nas USs e a proporção de mulheres e homens HIV + que não se encontram em TARV acompanhados nos serviços de saúde que fizeram o tratamento com cotrimoxazol e tratamento de IO. Desafios inerentes a recursos humanos (escassez e sobrecarga) influenciam o seguimento efectivo.

Quando iniciou a implementação do PEN III a definição dos parâmetros de elegibilidade para o TARV através da determinação dos níveis do CD4 constituía um dos aspectos críticos. A baixa capacidade laboratorial no SNS e conseqüente demora dos resultados (incluindo qualidade baixa das amostras) influenciava a decisão do início e manutenção no TARV. Ao longo dos últimos dois anos houve investimento no aumento da capacidade

<sup>117</sup> Esta redução de 5% implica que cerca de 23.000 óbitos devido a SIDA serão evitados, em comparação com o que aconteceria sem as intervenções adicionais propostas no PEN III. Porém, este resultado deve ser interpretado com cautela pois baseia-se em projecções matemáticas (Spectrum).

<sup>118</sup> CNCS (2012) Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2012 p.49

laboratorial que melhorou os níveis de determinação da amostra e redução relativa do tempo de espera de resultados. Em quase todo o país aumentaram os locais de contagem de CD4 com investimento em equipamento de laboratório e com colocação de equipamentos móveis. Em locais sem capacidade laboratorial foram criados mecanismos locais de facilitação de recolha de amostras de sangue adaptadas ao contexto e com apoio dos parceiros.

Outra subcomponente de seguimento diz respeito as acções preventivas para evitar reinfecção incluindo o aconselhamento e suporte psicossocial e prevenção preventiva. As intervenções e resultados esperados neste âmbito não tiveram enquadramento estratégico claro no PEN III. Iniciativas a este respeito integraram posteriormente a dinâmica da resposta ao HIV e SIDA. Assim sendo, as componentes de APSS & PP são áreas relativamente novas no MISAU e em processo de integração, organização e harmonização como uma única componente. Estas áreas são, no geral, implementadas pelos técnicos de saúde com apoio financeiro de agências internacionais, organizações da sociedade civil Nacionais e Internacionais, tendo uma multiplicidade de instrumentos e abordagens e havendo por vezes a duplicação de esforços para atingir o mesmo objectivo.

As intervenções em curso são baseadas na implementação de gestores de casos, na formação de provedores (Psicólogos, Técnicos de psiquiatria, Médicos Chefes, Psicoterapeutas, Conselheiro leigo), elaboração de instrumentos e pacotes de formação e, realização de actividades de apoio directo para garantir acesso ao apoio psicossocial. Estas actividades também ainda não tem evidências sobre o seu alcance. Embora em introdução esta área debate-se com constrangimentos relativos a escassez de recursos humanos; dificuldades em trabalhar na revelação diagnóstica para crianças, adolescentes, casais serodiscordantes; dificuldades de continuidade de aconselhamento sobretudo para adolescentes, a falta de material bem como a fraca ligação entre os serviços de testagem e de cuidados e tratamentos na US.

### III.2. Progressos nos Serviços de TARV no Geral

Desde o início da estratégia nacional em 2003, tem-se verificado progressos assinaláveis nas áreas de cuidados e tratamento. Em 2003, havia apenas 3.314 pessoas em TARV em Moçambique<sup>119</sup> e em finais de 2013 registados 497.455 pacientes. Os cuidados e o TARV, expandiram significativamente entre 2007/2010 com um aumento de 218.991 adultos e pacientes pediátricos vivos em TARV.<sup>120</sup> Até Dezembro 2011, todos os distritos do país tinham pelo menos uma unidade sanitária oferecendo serviços de TARV, perfazendo um total de 261 locais prestando TARV.<sup>121</sup> Mas foi entre 2012 e 2013 que houve um crescimento exponencial. Neste período 2012 e 2013 que houve um aumento acentuado em termos do número de US que oferecem TARV. No final de 2012 foram reportadas 316 US a oferecerem TARV ao nível nacional. Até Dezembro de 2013, o número aumentou para 563 US (aumento de 78%) representando uma cobertura de 39% em termos da rede sanitária como ilustra o gráfico que segue.<sup>122</sup>

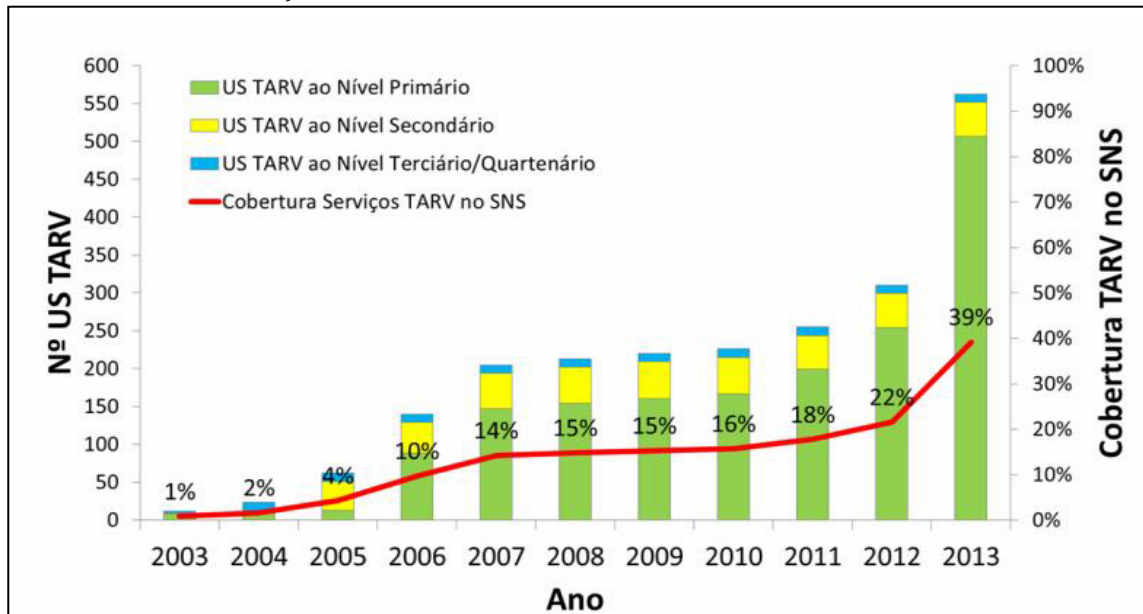
<sup>119</sup> CNCS (2012) Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2012 p. 49

<sup>120</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, p.10

<sup>121</sup> CNCS (2012) Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2012 p.49

<sup>122</sup> MISAU (2014) Relatório Anual sobre as Actividades Relacionados ao HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: Março de 2014

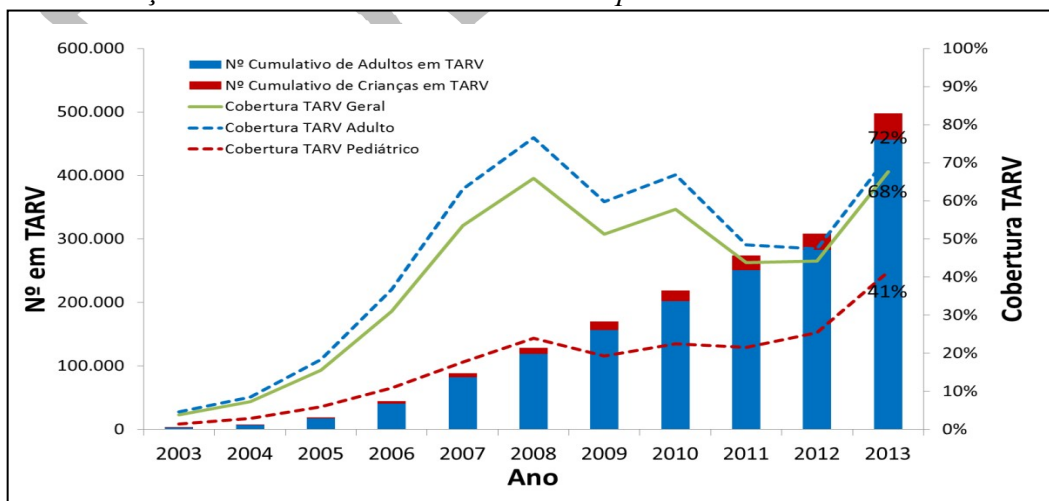
*Evolução da Cobertura de TARV no Sistema Nacional de Saúde*



Fonte: MISAU, PNC ITS/HIV e SIDA 2014.

Como resultado da expansão das USs que oferecem TARV, a cobertura geográfica de serviços do HIV também foi expandido significativamente. Até finais de 2011, de uma estimativa de 250,508 adultos e 23,053 crianças em tratamento, aproximadamente 46,5% dos adultos e 17,6% das crianças estavam a recebe-lo. Com a expansão dos últimos 2 anos, o número de crianças em TARV pediátrico subiu de 25.891 em 2012 para 41.400 em finais de 2013 e por outro lado o número de adultos em TARV duplicou subindo de 282.687 em 2012 para 456.055 em 2013. Esta evolução levou a um aumento da cobertura geral de TARV ao nível da população de 44% para 68% (estimativa dos pacientes elegíveis ao TARV modelada no Spectrum).<sup>123</sup>

*Evolução dos dados Cumulativos sobre as pessoas em TARV 2003-2013*



Fonte: MISAU, PNC ITS/HIV e SIDA 2014.

<sup>123</sup> CNCS (2012) Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. CNCS: Secretariado Executivo, Março de 2012 p.49  
Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

Apesar da expansão significativa dos serviços de TARV em Moçambique, a sua cobertura ainda é baixa. O aumento registado da cobertura do TARV de 41% em 2012 para 59% em 2013 deveu-se essencialmente ao peso de pacientes adultos em TARV, que representam 62%. A cobertura de TARV para crianças representa apenas 39% das necessidades. De qualquer forma, isso representa um crescimento substancial de 43% e 26%, respectivamente, registados em 2012.<sup>124</sup>

Em termos de US que fazem TARV é de realçar que o SNS de Moçambique inclui um total de cerca de 1500 estabelecimentos de saúde pública, o que significa que ainda há um longo caminho a percorrer antes de uma cobertura nacional completa de serviços de TARV.<sup>125</sup> Tal como o MISAU destaca, embora o aumento do número de US que fazem TARV em 2013 seja efeito em grande maioria pela rápida instalação de novos serviços é importante tomarem consideração que uma parte desta expansão deve-se à nova declaração de US com TARV que funcionavam como unidades satélites de TARV em 2012.<sup>126</sup>

### III.3. Tratamento Anti-retroviral para Adultos

A expansão da proporção de adultos em TARV é um dos maiores progressos registados no contexto da implementação do PEN III. Dados do sector da saúde evidenciam que o indicador relativo a TARV adultos - Nº de adultos com infecção HIV avançada que recebem o TARV - continua a registar-se um forte predomínio de mulheres relativamente aos homens - tem tido uma evolução crescente e superando as metas planificadas desde o início da implementação do PEN III. Até 2009 estavam em TARV 156.688 adultos em TARV (63.306 homens e 106.892 mulheres).

No final do primeiro ano da implementação do PEN III (2010) o número de adultos em TARV continuou crescendo e houve mudanças significativas em relação aos períodos precedentes; pela primeira vez foi ultrapassada a meta prevista no acesso dos homens ao TARV, para além da meta global. A superação da meta estabelecida explicou-se pela redistribuição de tarefas, a execução de determinadas tarefas (como TIO) por profissionais de nível mais baixo (Agente, Enfermeira SMI), de modo a libertar profissionais de nível mais alto (Técnico) para o manejo do TARV.<sup>127</sup> Em 2012 e 2013 número de adultos em tratamento Antiretroviral continuou evoluindo e atingido as respectivas metas previstas: 282.687 em contra 282.040 em 2012<sup>128</sup> e 456.055 contra 350.205 em 2013.<sup>129</sup>

De acordo com os dados do MISAU a cobertura nacional do TARV para Adulto até finais de 2013 estava estimada em 72% (em relação a 47% registados do fim de 2012). Os dados a nível das províncias, evidenciam que a maioria das províncias cumpriram as metas de TARV para Adultos (cumulativos/ativos em TARV) a excepção de Manica e Maputo Província. Em termos dos novos inícios do TARV adulto, os mesmos dados destacam que quase todas as províncias atingiram as metas preconizadas no período a excepção das mesmas províncias (Manica e Maputo Província) e que ao nível nacional foi cumprido a 126% da meta anual. No que concerne a retenção dos pacientes em TARV adulto o gráfico que se segue mostra que a nível nacional a retenção dos adultos em TARV aos 12 meses é de 72% enquanto a do

<sup>124</sup> CNCS - Global AIDS Response Progress Report. Country Progress Report Mozambique. Maputo, March 2014 p. 42

<sup>125</sup> Idem

<sup>126</sup> Idem, p.7

<sup>127</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual (ACA X) do Desempenho do Sector de Saúde. Maputo, Março de 2011, p 28

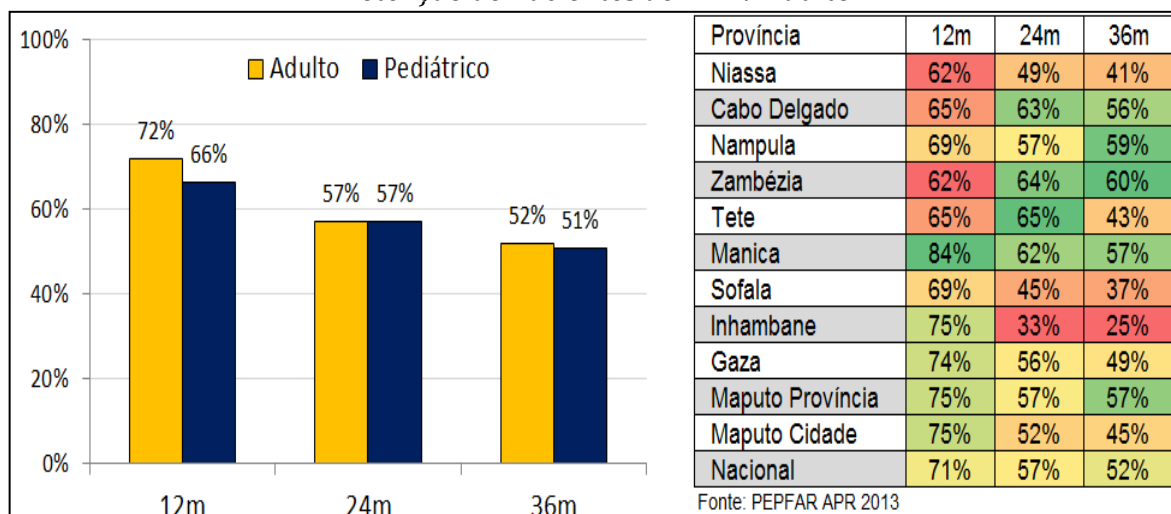
<sup>128</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2012. Maputo, Maio de 2013, p 44

<sup>129</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2013. Maputo, Abril de 2014, p38



lado pediátrico é de 66%. A retenção superior dos adultos vai decrescendo a medida que analise-se o coorte de 24 meses como a retenção dos dois grupos é igual a 57%. Olhando para o coorte de 36 meses dos adultos e crianças, observa-se taxas de retenção de 52% e 51% respectivamente.<sup>130</sup>

### Retenção de Pacientes de TARV Adulto



Fonte: MISAU, PNC ITS/HIV e SIDA 2014.

Ao longo do período de implementação do PEN III são considerados como factores facilitadores do desempenho os seguintes:

- desenvolvimento e implementação do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA no Sector da Saúde (2013-2015) e respectivo Plano de Monitoria que introduziu novas metas nacionais e provinciais;
- revisão do pacote pré-TARV;
- implementação, desde Janeiro de 2012, de um novo sistema de M&A com novas ferramentas de reporte e monitoria do TARV em todas US que fazem TARV;
- aprovação pelo comité terapêutico da prescrição de TARV pelo enfermeiro geral, enfermeira de SMI e agente de medicina geral (delegação de tarefas);
- Elaboração e implementação de Novas Normas TARV adulto (em particular introdução de novo regime baseado em Tenofovir);
- Introdução opção B+ para PTV (acesso universal para grávidas e lactantes HIV+);
- capacitações e supervisões;
- implementação da estratégia GAAC (Grupos de Apoio e Adesão Comunitário) nas províncias;) realização de Rondas de CLINIQUAL; e

<sup>130</sup> MISAU - Relatório Anual sobre as Actividades Relacionados ao HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: Março de 2014p. 10



- melhoria de actividades colaborativas com o sector de TB, no contexto da implementação do modelo de paragem única, com registo de tratamento de pacientes HIV+ no sector da TB.<sup>131</sup>

Apesar destes progressos assinalados, o TARV para adultos experimenta alguns desafios dos quais se destacam:

- fraca qualidade de serviços prestados;
- desafios de ordem logística manifestado por ruptura de stocks de ARVs;
- contínuo aumento da cobertura com expansão de US que fazem TARV;
- supervisão técnica e melhoria da qualidade de serviços;
- a melhoria do sistema de informação para garantir qualidade de dados de cobertura de TARV;
- melhoria da cadeia de logística e aprovisionamento;
- baixa retenção de pacientes em TARV e elevado nível de abandonos;
- motivação e retenção de recursos humanos.<sup>132</sup>

### III.4.Tratamento Anti-retroviral Pediátrico

O tratamento pediátrico em HIV e SIDA foi incorporado no programa do HIV do MISAU em 2005, foram também desenvolvidos guiões, protocolos e foram criados grupos técnicos de trabalho para o HIV pediátrico. Em Abril de 2011 foram divulgadas as novas normas de TARV pediátrico. Contudo, apesar dos progressos verificados, Moçambique ainda tem um grande percurso pela frente no que diz respeito a materialização do padrão da OMS, que prevê que do total dos pacientes em TARV, entre 10% a 15% destes devem ser crianças.<sup>133</sup> Dados do MISAU de finais de 2013 indicam que as crianças em TARV representavam apenas 8,3% (41.400) do número total de pessoas em TARV. Embora esse percentual esteja abaixo dos 15% recomendados pela OMS para o TARV pediátrico, a cifra representava um aumento importante (40%) dos anteriores 25.891 crianças em TARV registados em 2012.<sup>134</sup>

Dados do sector da saúde, relativos a evolução do indicador relativo ao TARV pediátrico – Nº de crianças que beneficiam do TARV pediátrico, mostram desafios de desempenho nesta área. Embora em termos absolutos continue a crescer o número de crianças em TARV, nos quatro anos de implementação do PEN III, apenas em 2011 o indicador atingiu a meta planificada (23.818 contra 23.053). Os factores que contribuíram para o alcance da meta reportados nesse ano incluíram:<sup>135</sup>

---

<sup>131</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011*. Maputo, Abril de 2012, p 36 & MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2012*. Maputo, Maio de 2013, p 45

<sup>132</sup> Idem, ibidem

<sup>133</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. Março de 2012 p. 49

<sup>134</sup> CNCS (2014) Global AIDS Response Progress Report. Country Progress Report Mozambique. Maputo: CNCS, March 2014 p. 42

<sup>135</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde – 2011. Relatório Final*. Maputo, Abril de 2012, p 36

- intensificação de formações de técnicos de medicina como formadores provinciais (29 formados) que efectuaram réplicas nas províncias;
- Elaboração e envio às províncias da Estratégia para a Melhoria do TARV Pediátrico;
- Elaboração de novas metas de TARV Pediátrico como resposta às novas necessidades do TARV definidas no Impacto Demográfico;
- Produção e distribuição das novas normas de dosagem de ARV's pediátricos;
- Elaboração do novo manual de TARV pediátrico;
- Distribuição das metas para identificação da criança infectada pelo HIV, e distribuição das metas para US's;
- Supervisão no âmbito de TARV pediátrico/PTV nas províncias;
- Registo de melhoria de ligação PTV/TARV pediátrico;
- Criação de grupo TARV pediátrico/Criança exposta, actividades conjuntas com programas do PTV para implementação das novas normas PTV/TARV pediátrico; e
- O envio electrónico do resultado do PCR, diminuiu o tempo de espera nas US. ESMI formadas na colheita de amostras para PCR reduzindo a possibilidade de abandono.

Nos anos 2010, 2011 e 2013 o programa não atingiu as metas do TARV para crianças. Em 2010 o programa atingiu 89.5% do previsto (19.426) e a incapacidade de atingir a meta foi atribuída à insuficiência de recursos humanos com capacidade de prescrição.<sup>136</sup> Em 2012, embora em vigor Estratégia para a Melhoria do TARV Pediátrico, o programa atingiu 87% da meta (29.769). Em 2013 o TARV pediátrico alcançou 80% da meta (51.585). Embora não tenha alcançado a meta houve nesse ano um desempenho crescente do indicador que resultou em valores que quase duplicaram o desempenho de 2012. Realça-se, nessa evolução, a introdução da Opção B+ e "paragem única" nos serviços de SMI, com seguimento integrado da mulher e da criança até ao diagnóstico final para HIV da criança, possibilitando a melhoria da retenção; o diagnóstico precoce destas crianças; a norma introduzida de iniciar TARV para todas as crianças menores de 5 anos, independentemente do estado clínico e contagem de CD4; bem como a capacitação de técnicos de medicina geral nas Novas Normas do Tratamento Antiretroviral (TARV) Pediátrico.<sup>137</sup>

Em relação ao grau de cumprimento das metas dos cumulativos em TARV pediátrico, o número de crianças subiu de 24.891 em Dezembro de 2012 para 41.400 até finais de Dezembro de 2013. De acordo com sector da saúde, a cobertura nacional do TARV Pediátrico está estimada em 39% (em relação a 25 % do fim de 2012) e em termos de desempenho provincial, só duas províncias (Niassa e Inhambane) alcançaram as suas metas anuais de TARV pediátrico (cumulativos/activos em TARV). As províncias de Manica, Zambézia e Tete merecem uma atenção especial por só terem cumprido 56%, 61% e 62% de suas respectivas metas anuais. Em termos dos novos inícios em TARV pediátrico, destaca-se que as províncias que alcançaram suas metas foram as de Inhambane (113%) e Gaza (103 %). As provinciais de Zambézia, Tete e Manica mais uma vez merecem uma atenção especial por causa de seu baixo desempenho. Ao nível nacional só 65% da meta anual dos novos inícios ao TARV pediátrico foi alcançada.<sup>138</sup>

<sup>136</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual (ACA X) do Desempenho do Sector de Saúde*. Maputo, Março de 2011, p 28

<sup>137</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2013. Relatório Final*. Maputo, Abril de 2014, p37/38

<sup>138</sup> MISAU - *Relatório Anual sobre as Actividades Relacionados ao HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo: Março de 2014p. 10

Múltiplos desafios vem limitando o aumento de crianças em tratamento Antiretroviral nesse ano, tais como:<sup>139</sup>

- demora dos resultados de PCR devido a insuficiente capacidade laboratorial que faz com que algumas mães desistam e ocorrem abandonos;
- fraco seguimento de crianças expostas ao HIV aliada a falta de capacidade para busca consentida/activa na comunidade;
- fraqueza na ligação entre a área de CCR e os serviços de TARV (nem todas as crianças expostas chegam aos cuidados e tratamento para HIV e SIDA);
- insuficiência de medicamentos para tratamento de infecções oportunistas;
- défice de pessoal capacitado para fazer TARV pediátrico;
- fraquezas na área de registo de dados, monitoria e avaliação, podendo haver casos de crianças tratadas mas que não são registados.<sup>140</sup>

*Progressos na área do TARV*

Indicador de Produto/execução	Realizado 2010	Meta 2010	Realizado 2011	Meta 2011	Realizado 2012	Meta 2012	Realizado 2013	Meta 2013
Nº de crianças que beneficiam do TARV pediátrico.	17.395	19.426	23.818	23.053	25.891	29.769	41.400	51.585
Nº de adultos com infecção HIV avançada que recebem o TARV (terapia Antiretroviral) combinado segundo os protocolos nacionais (desagregados por sexo)								
Total	194.440	194.440	250.508	241.240	308.578	282.040	497.455	350.205
Homens	70.859	71.590	87.278	88.821	93.407	103.843	SI	SI
Mulheres	130.737	122.850	163.230	152.419	189.280	178.197	SI	SI

Fonte: ACAs X, XI, XII e XIII Sector da Saúde & GARPR 2014

<sup>139</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2012. Maputo, Maio de 2013, p 44

<sup>140</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2012. Relatório Final. Maputo, Maio de 2013, p 44

## Matriz de Resultados 11: Seguimento Pré-TARV e TARV

Resultado Esperados	Produtos Esperados	Ponto de Situação / Resultados Alcançados
11.1. Mais PVHS são acompanhadas nos serviços de saúde antes de iniciarem o TARV	11.1.1. Aumenta o número de doentes HIV+ que são seguidos nas USs	Em curso. Regista-se um aumento do número de doentes HIV+ seguidos nas US mas este não corresponde a proporção de pessoas diagnosticadas HIV+
	11.1.2. Aumenta a proporção de mulheres e homens HIV + que não estão em TARV acompanhados nos serviços de saúde que fizeram o tratamento com cotrimoxazol.	(s/i)
11.2. Aumento de crianças e adultos HIV + em TARV	11.2.1. Aumenta a proporção de crianças elegíveis que iniciam e aderem a terapia combinada de anti-retrovirais	O número de crianças em TARV aumentou lentamente de 17.395 em 2010 para 41.400 em finais de 2013, mas permaneceu abaixo das expectativas. A cobertura de crianças em TARV está em cerca de 39% das crianças elegíveis e 8.3% do número total de pessoas em TARV. Esta cobertura está abaixo do recomendando pela OMS (15%). Apenas em 2011 o indicador relativo ao TARV pediátrico atingiu a meta planificada (23.818 contra 23.053)
	11.2.2. Aumenta a proporção de adultos elegíveis que recebem a terapia combinada de anti-retrovirais	A proporção de adultos em TARV aumentou exponencialmente entre 2010 e 2014 (de 194.440 para 456.055) e aumentando em mais 200 mil no último ano (2012/2013) mas a maioria são mulheres
	11.2.3. Aumenta o número de US que oferecem o TARV	O número de US que oferecem TARV aumentou de 261 em 2010/2011 para 536 US em finais de 2013.
	11.2.4. Aumenta a proporção de US com sistemas de controlo de qualidade activos	(s/i)
11.3. Aumenta a adesão ao tratamento	11.3.1. Aumenta a proporção de doentes em TARV que tiveram uma avaliação de adesão nos últimos 12 meses	A taxa de retenção a nível nacional dos adultos em TARV aos 12 meses é de 72% enquanto a do lado pediátrico é de 66% em finais de 2013; aos 24 meses a retenção dos dois grupos é igual a 57%; e aos 36 meses 52% para adultos e 51% para crianças. A medida que o tempo passa a adesão ao TARV diminui.
11.4. Aumenta o número de doentes desnutridos que melhoram seu estado nutricional	11.4.1. Aumenta o número de doentes (adultos e crianças) que iniciam TARV que tem seu estado nutricional avaliado (a partir do ano 2010)	(s/i)
	11.4.2. Aumenta a proporção de crianças, mulheres e homens HIV+ em TARV com desnutrição que recebem apoio alimentar/nutricional	(s/i)

### III.5. Co-Infecção HIV-Tuberculose

A Tuberculose constitui um sério problema de Saúde Pública em Moçambique e a sua associação com a pandemia do HIV e SIDA é um dos maiores desafios na luta contra esta doença. O número de casos de Tuberculose associados ao HIV continua a aumentar, em associação ao facto de que as pessoas detectadas para o HIV positivo, tem probabilidade, em 50%, de desenvolverem a tuberculose ao longo da sua vida. A prevalência da co-infecção da TB e HIV é ainda elevada.<sup>141</sup>

O maior desafio colocado no âmbito do PEN III diz respeito ao despiste atempado de TB a todos os doentes com HIV e o consequente manejo imediato e adequado de casos co-infecção TB/HIV. Até ao momento do desenvolvimento do PEN III, o Programa de TB carecia de uma maior integração nos serviços gerais de saúde e os mecanismos para a sua integração efectiva, tal como acontece com o HIV. Constituía prioridades a intensificação do despiste de casos TB, provisão de TPI e medidas de controlo de infecção de TB pelo programa de HIV.

Um dos indicadores usados para avaliar o grau de integração das actividades de TB e HIV é o relativo a percentagem de doentes com TB aconselhados e testados para HIV. De acordo com o comportamento deste indicador, verifica-se nos quatro anos de implementação do PEN III um progresso positivo. Este indicador vem globalmente (a excepção de 2012) atingido as metas previstas e, de acordo com os dados de 2013, já superou a meta do quinquénio 2010/2014.

De 2010 a 2013 a proporção de casos de TB aconselhados e testados para HIV evoluiu de 88% para 95%. No primeiro ano de implementação do PEN III o indicador atingiu a meta prevista (88%) mas as actividades colaborativas registaram dificuldades resultantes da rotura de stock de medicamentos anti-tuberculose durante dois meses, atrasos na chegada de medicamentos oferecidos em espécie falta de financiamento para acções de formação e consumíveis. Graças ao apoio de emergência que foi disponibilizado pelos parceiros foi possível a aquisição de todos os reagentes e consumíveis de laboratório. Houve igualmente apoio em acções de formação em rastreio da TB em doentes HIV+. <sup>142</sup> Em 2011, dos 47.301 pacientes diagnosticados com tuberculose, 42.950 foram aconselhados e testados para o HIV, correspondente a 91%.<sup>143</sup>

O ano de 2012 foi o único em que actividades integradas entre os programas de TB e HIV e SIDA registaram um decréscimo (87.3). O indicador não somente não atingiu a meta prevista para 2012 (92%) como também decresceu em relação a 2011 (90%). Contribuiu para o desempenho negativo deste indicador a ocorrência de rupturas de stocks de consumíveis para a componente de diagnóstico (lâminas e escarradores) no primeiro trimestre do ano atribuída a demora no processo de procura e aquisição de material do laboratório.<sup>144</sup> No ano seguinte (2013) voltaram a registar-se melhorias de articulação entre os dois programas que resultaram na superação da meta anual e do quinquénio. A implementação da abordagem de “paragem única” assegurou uma maior complementaridade das acções, possibilitado o tratamento conjunto para o HIV e a TB no

<sup>141</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2010 e 2011. Março de 2012 p. 55

<sup>142</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual (ACA X) do Desempenho do Sector de Saúde. Maputo, Março de 2011, p 27

<sup>143</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2011. Maputo, Abril de 2012, p 22/23

<sup>144</sup> MISAU - Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2012. Maputo, Maio de 2013, p 36

mesmo local, permitindo que todos os pacientes com TB/HIV tivessem um atendimento personalizado, com maior controlo do seguimento dos pacientes. Outro factor relevante foi a disponibilidade de testes e a supervisão conjunta (pelo programa da TB e do HIV) de todos os indicadores TB/HIV.<sup>145</sup>

Os níveis de seropositividade para HIV em casos de TB variaram de 60% em 2010 para cerca de 57% no mesmo período. Destes 72% iniciaram TARV em 2013 contra cerca de 25% em 2010 e 29% em 2011. Este incremento notável de casos de co-infectados no TARV em 2012-13 é influenciado pelo incremento geral da prestação de serviços de TARV no país acima mencionado. No entanto, há desafios para se cobrir todos os co-infectados que necessitam de TARV na medida em que estima-se que estes ascendem a cerca de 82 mil, enquanto apenas cerca de 25% (20.400) estão se beneficiando. Isto sublinha a importância de esforços intensificados na detecção de casos de TB e a posterior provisão de TARV nos casos de co-infecção.<sup>146</sup>

No que diz respeito aos serviços de TB prestados pelo Programa de HIV, os dados revelam que até finais de 2013, 85% do total de pessoas HIV+ novas inscritas diagnosticadas em 2013 (236 milhares) foram rastreadas a TB; o que representa um grande aumento, quando comparado com anos anteriores, ou seja, mais que o dobro do número de pessoas HIV+ testadas para TB em 2011, (113 mil).<sup>147</sup> Para o TPI 17% dos novos inscritos fizeram TPI em comparação à meta anual que é de 7.3%. Olhando para o número absoluto de pacientes em TPI atingido neste período, que é de 48.330 e para o número absoluto a atingir este ano, o cumprimento da meta ficou em 210%. Finalmente, em termos do TARV nos co-infectados, a meta de 70% de cobertura ao nível dos serviços foi ultrapassada por 2% (resultado estimado em 72%) em 2013.<sup>148</sup>

Todas provinciais conseguiram assegurar a testagem em mais de 90% dos pacientes com TB com as províncias de Niassa, Nampula, Tete, Maputo Província e Maputo Cidade quase atingindo cobertura universal de 100%. Por outro lado, viu-se uma variação preocupante quanto à provisão TARV nos co-infectados. As provinciais de Nampula, Sofala e Inhambane são as provinciais que tiveram o pior desempenho nesta área com coberturas de 57%, 59% e 68% respectivamente.<sup>149</sup>

Apesar destes progressos, as actividades colaborativas sofrem alguns desafios:

- Disparidade entre as US com serviços de TB (1350) versus US com serviços TARV (5360);
- Implementação da paragem única (cobre 30% da rede sanitária);
- Disponibilidade da isoniazida e piridoxina não regular (dispensa de ARV's no sector da TB e com implementação do ficheiro móvel de FILAS na PU);
- registo do TARV nos instrumentos de registo desta actividade;
- rotatividade constante dos supervisores distritais incluindo o pessoal de periferia formado em esfregaço e/ ou microscopia;

<sup>145</sup> MISAU - *Avaliação Conjunta Anual do Desempenho do Sector de Saúde - 2013*. Maputo, Abril de 2014, p 33/34

<sup>146</sup> CNCS - *Global AIDS Response Progress Report. Country Progress Report Mozambique*. Maputo, March 2014 p. 47 & MISAU - *Relatório Anual sobre as Actividades Relacionados ao HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo, Março de 2014.

<sup>147</sup> CNCS - *Global AIDS Response Progress Report. Country Progress Report Mozambique*. Maputo, March 2014 p. 47

<sup>148</sup> MISAU - *Relatório Anual sobre as Actividades Relacionados ao HIV/SIDA em Moçambique*. Maputo: Março de 2014

<sup>149</sup> Idem



- persistência de ruptura de stock de consumíveis como reagentes, lâminas e escarradores;

Matriz de Resultados 12: Co-Infecção HIV-Tuberculose

Resultado	Produtos	Ponto de situação/ Resultados
12.1. Aumenta tratamento com sucesso em PVHS com co-infecção tuberculosa	12.1.1. Aumenta a proporção de mulheres e homens com TB aconselhados e testados para HIV	O número de pacientes de TB aconselhados e testados para HIV aumentou de 40.500 (88%) em 2010 para 51.100 (95%) em finais de 2013
	12.1.2. Aumenta a proporção de doentes HIV+ que fizeram rastreio de TB na última consulta	Aumentou de cerca de 87 mil para 236 mil (85%) o número de doentes com TB aconselhados e testados para HIV entre 2010 a finais de 2013
	12.1.3. Aumenta a proporção de indivíduos HIV+ que beneficiam de profilaxia com isoniazida	O número de pessoas HIV+ que beneficiam de tratamento preventivo com Isoniazida aumentou de 13 mil em 2010 para cerca de 48 mil em finais de 2013 com maior impulso nos últimos dois anos
	12.1.4. Aumenta a proporção de pacientes TB/HIV que iniciam o TARV e tuberculostático	O número de pacientes de TB que são HIV+ positivos que está em TARV é de cerca de 20.400 em finais de 2013 (25%) e era de 6.200 em 2010.

### III.6. Cuidados Domiciliares e de Suporte

Os cuidados domiciliários (CD) representam uma componente importante para o alcance dos resultados traçados na área de tratamento, no contexto do PEN III. A abordagem de CD's adoptada com a reformulação do Plano Estratégico Nacional dos Cuidados Integrados vem reforçar a ligação entre a unidade sanitária e as comunidades, constitui um recurso fundamental para a provisão de cuidados básicos de saúde de forma integrada com o envolvimento de diversos intervenientes.

Nesta estratégia os CD's surgem como uma resposta à necessidade de se assegurar a continuidade dos cuidados relativos ao HIV e SIDA e outras doenças crónicas (cancro, diabetes, AVC, hipertensão, insuficiência renal, etc.). Os CDs são definidos como sendo o atendimento prestado em casa às Pessoas vivendo com HIV e SIDA e outras doenças crónicas e suas famílias, os quais incluem: educação para saúde, prevenção e aconselhamento sobre HIV/SIDA e outras doenças crónicas; avaliação e cuidados dos sintomas; adesão aos tratamentos, busca activa, profilaxia das doenças oportunistas; e um sistema de referência entre SNS e a comunidade e outros sectores sociais, com vista a redução de transmissão do HIV e atendimento integral da população infectada e afectada.<sup>150</sup>

Com início da operacionalização do PEN III, as referências existentes mencionam que em 2010 procurou-se potenciar os cuidados e visitas domiciliárias, tendo em conta o protocolo aprovado para o acesso dos doentes a um serviço básico de higiene e uma dieta regular, que combinada com o TARV tem contribuído significativamente para o melhoramento da qualidade de vida das PVHS. É reportado que durante esse ano foram atendidas cerca de 101.630 PVHS e com outras doenças crónicas o que representava cerca de 85% do grau de desempenho com relação ao planificado, contrariamente ao ano de 2009 em que foram atendidas cerca de 108.626 PVHS e com outras doenças crónicas e o grau de desempenho foi de 114%.<sup>151</sup>

<sup>150</sup> CNCS - Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA 2012 para o Período 2010 e 2011. Março de 2012 p. 60

<sup>151</sup> CNCS - Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010. Maputo, 2011, p.12

Os dados referem ainda que durante ano de 2010, cerca de 137 organizações prestaram assistência a PVHS's em Moçambique. Deste número, destacam-se as províncias de Gaza (65) e Maputo - Província com 58, Tete (45), Sofala (40) e Manica (35) organizações contra 407 organizações prestando assistência a esse grupo alvo em 2009, esta redução deveu-se ao facto de algumas províncias não terem feito referência a este indicador. Das acções de assistência realizadas pode-se destacar os cuidados domiciliários, incluindo educação nutricional, higiene individual e apoio psicossocial. Estas organizações tem vindo também a apoiar na inserção das PVHS no mercado de trabalho, a partir da integração dos mesmos nos diversos projectos de geração de renda.<sup>152</sup>

Nos dois últimos anos (2012/2013) destaca-se a entrada nos serviços de cuidados domiciliários de 28.931 pessoas ao nível nacional. Destes, 76% dos pacientes que saírem dos Cuidados Domiciliários por altas enquanto 17% foram óbitos e 7% foram abandonos. No mesmo período reporta-se:<sup>153</sup>

- a melhoria da coordenação com parceiros para discussão de aspectos relacionados com a divulgação e disseminação da Nova Abordagem dos CD;
- a formação de 10 Pontos Focais Provinciais em matéria de Cuidados Domiciliários integrados (CDI) para sua actualização e apoio as ONG's na implementação das actividades de forma mais holística;
- a conclusão da Política, o Currículo e o Manual de Referência dos Cuidados Paliativos;
- a definição dos termos de referencia e realização de auscultação para definição dos Padrões de CD para melhoria da qualidade dos CD;
- o desenvolvimento de Padrões mínimos de CD para apoiar implementação e melhoria de qualidade dos cuidados prestados;
- a aprovação do Currículo do Provedor de CDI e elaboração do programa de formação integrada de CDI, MISAU/MMAS;
- a realização de encontros multisectoriais para adequação e integração dos conteúdos programáticos de formação dos voluntários, CD/VD tendo em conta a integração de serviços a nível dos SDSMAS;
- o desenvolvimento do Currículo do Provedor dos Cuidados Domiciliários Integrados.

A gestão da Cesta básica, introduzida há alguns anos pelo Ministério da Saúde, que visa proporcionar uma quantidade básica de alimentos para pacientes desnutridos em TARV, foi transferida para a responsabilidade do ministério da mulher e Acção Social(MMAS), em 2012.O Ministério da Saúde manteve a sua tarefa de coordenar o processo de selecção dos pacientes dentro de unidades de saúde, com base em critérios clínicos e referindo aqueles que foram seleccionados para o MMAS.<sup>154</sup>

Em geral, a fraca capacidade técnica, administrativa com implicações para a sustentabilidade das OCBs implementadoras continuam sendo um dos desafios desta componente. Outros desafios incluem fraquezas na monitoria, avaliação e supervisão; alta rotação dos pontos focais distritais de CDs e fraco envolvimento das DPS nas negociações com os parceiros a expansão de serviços CD nas zonas mais recônditas onde não haja Unidades Sanitárias próximo.

<sup>152</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo, 2011, p.17.

<sup>153</sup> MISAU - Relatório Anual sobre as Actividades Relacionados ao HIV/SIDA em Moçambique. Maputo: Março de 2014.

<sup>154</sup> CNCS - Global AIDS Response Progress Report. CountryProgressReport Mozambique. Maputo: CNCS, March 2014 p. 47.

*Matriz de Resultados 13: Cuidados Domiciliários e Suporte*

Resultado	Produtos	Ponto de situação/ Resultados
13.1. Aumenta o número de indivíduos que beneficiam de cuidados de suporte e cuidados domiciliários por iniciativa das próprias comunidades	13.1.1. Aumenta o número de mulheres e homens (incluindo crianças) HIV+ que recebem CD	Em redimensionamento o programa de CDs: conclusão da Política, o Currículo e o Manual de Referência dos Cuidados Paliativos; em definição os Padrões Mínimos de CD para melhoria da qualidade dos CD; aprovado Currículo do Provedor de CDI e elaboração do Programa de formação integrada de CDI, MISAU/MMAS. OS CDs dependes da falta de recursos e fraca capacidade técnica, financeira das OCBs.

**Avaliação Geral da Componente de Tratamento e Cuidados**

Critérios	Resultados da Avaliação
<b>Relevância</b>	<p>De forma geral, os objectivos e resultados definidos para a componente de tratamento no âmbito do desenho do PEN III foram ao encontro dos reais desafios do país e das necessidades da população moçambicana e, continuam ser relevantes. As intervenções na área de cuidados e tratamento foram definidas num contexto em que os dados preliminares da ronda de vigilância epidemiológica de 2009, revelavam uma estimativa nacional de prevalência do HIV em adultos é de 15%; o Impacto Demográfico do SIDA de 2008 que foi referência para a análise da situação estimava que em 2009 cerca de 1.6 milhões de pessoas viviam com o HIV (sendo 55.5% mulheres e 9.2% crianças menores de 15 anos); a cada dia, aproximadamente 440 Moçambicanos eram infectados pelo HIV; e que estimava-se que poderiam ocorrer 96 mil mortes devido ao SIDA em 2009, havendo necessidade de reverter a situação.</p> <p>O PEN III apresentou-se pertinente como uma oportunidade de redimensionamento das principais intervenções na área de tratamento na época que estavam voltadas para a massificação de Aconselhamento e Testagem (AT) para se ter acesso e monitorar o estado de saúde dos pacientes HIV positivos e provisão de tratamento seja para infecções oportunistas ou para o próprio TARV em doentes elegíveis, controlo de co-infecções TB/HIV, apoio psicossocial e provisão de Cuidados Domiciliários (CD). A administração do TARV era relativamente recente em Moçambique (2003), com 216 US atendendo cerca de 170 mil pessoas (cobertura de 32% em adultos), a introdução do TARV pediátrico era mais recente ainda (23%). Neste cenário havia necessidade da focalização das intervenções no seguimento Pré-TARV; consolidação das actividades colaborativas; introdução de medidas profilácticas; e garantia de apoios nutricional, psicossocial e cuidados domiciliários.</p> <p>Embora ainda relevantes os objectivos do país na área de cuidados e tratamento foram revistos no seguimento da assinatura pelo país da Declaração Política sobre HIV/SIDA: Intensificação de Esforços para Eliminar o HIV e SIDA que marcou novo entendimento e compromisso para a reversão da situação. Nesse contexto foi desenvolvido “<b>O Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA no Sector da Saúde, 2013-2015</b>”, que tem um dos grandes objectivos aumentar a percentagem de adultos e crianças HIV elegíveis recebendo a terapia anti-retroviral para 80% até 2015 através de intervenções específicas que visam aumentar significativamente o nível de acesso a estratégias de prevenção baseadas em evidências, o diagnóstico, o acesso a serviços de cuidados e tratamento, a melhoria da retenção, assim como a avaliação sistemática e a melhoria da qualidade de prestação de serviços aos pacientes em 70 distritos prioritários.</p>

Critérios	Resultados da Avaliação
Eficácia	<p>De forma geral as actividades realizadas foram estrategicamente apropriadas para permitir que o objectivo geral desta componente – redução da mortalidade por SIDA e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e SIDA -previsto pelo plano. Ao longo da vigência do plano foram desenvolvidas actividades que melhoraram o acesso aos cuidados e tratamentos ao HIV e SIDA que tiveram um desempenho e contributo diferenciado para o alcance do objectivo. Em diferentes áreas as metas estabelecidas pelo plano foram atingidas e ultrapassadas, e noutras o desempenho foi modesto não contribuindo ainda no geral para o alcance do objectivo. As potencialidades do alcance do resultados não estariam observáveis sem o aumento do acesso ao tratamento verificado nos dois últimos anos pelo início da implementação do <i>Plano Acelerado de Resposta ao HIV e SIDA 2013/2015</i>.</p> <p>Desde 2011 que se implementa o PEN III, as principais realizações no domínio de cuidados e tratamento são proporcionais à capacidade do sistema de saúde. Embora os níveis de cobertura estejam ainda abaixo das necessidades, há registo de assinaláveis progressos que indicam: i) aumento da disponibilidade de serviços por meio da expansão do número de unidades de saúde com serviços de TARV; ii) aumento do número de novos pacientes em tratamento; iii) implementação do regime simplificado (Opção B+); iv) formação, treinamento e mudanças nas tarefas do pessoal de saúde ; v) desenvolvimento de novos planos e definição de metas mais elevadas; vi) melhoria da logística e aprovisionamento e controle de estoque.</p> <p>As áreas que menos se destacaram na componente de cuidados e tratamento dizem respeito a: i) fraco seguimento pré-TARV; ii) a ainda limitada cobertura no acesso ao TARV para a maioria das pessoas; iii) limitado acesso ao TARV para mulheres após o parto; iv) fraco acesso a TARV para a maioria das pessoas com tuberculose; v) fracas intervenções de cuidados, tratamento e apoio na local de trabalho; vi) falta de apoio nutricional sistemático a pacientes HIV+; vii) tratamento antiretroviral pediátrico; cuidados domiciliários e de suporte (incluindo apoio social).</p> <p>Dois grandes desafios colocam-se em relação aos cuidados e tratamento sobretudo ao TARV, a fortificação da ligação entre a comunidade e os serviços de saúde para criação da demanda a ser criada pela expansão exponencial dos serviços de TARV e a retenção de pacientes em tratamento. Os dados mostram níveis de retenção um pouco acima dos 60% mas que vão baixando à medida que o tempo passa o que coloca desafios no sentido de alinhar os investimentos feitos em serviços clínicos não foi executado em paralelo com o investimento em envolvimento comunitário.</p>

Critérios	Resultados da Avaliação
<b>Eficiência</b>	<p>Uma análise fiável sobre a eficiência requereria a disponibilidade de dados sobre a suficiência e adequação de recursos financeiros disponíveis, suficiência e adequação de recursos humanos e suficiência e adequação de recursos materiais disponíveis para a implementação desta componente do PEN III. Esta informação não está disponível, o PEN III não foi custeado aquando da sua elaboração, não permitindo essa análise. Algumas assunções que devem ser consideradas com cautela e podem ser indicadas em relação aos recursos humanos e materiais.</p> <p>A disponibilidade equitativa de recursos humanos qualificados é tida como o maior constrangimento para a implementação adequada dos programas, e tem uma grande influência sobre a qualidade dos serviços. Ao longo da implementação do PEN III houve investimentos na formação e reciclagem de recursos humanos na área do HIV e SIDA, mas continua aquém do desejado sobretudo na área de medicina, enfermagem e saúde materno infantil. As avaliações anuais ao sector de saúde tem identificado desafios de motivação, retenção, sobrecarga, rotatividade e mudança de carreira por parte de algumas categorias de profissionais envolvidos nos cuidados e tratamento ao HIV e SIDA. Esta natureza de recursos tem implicações na qualidade dos cuidados.</p> <p>Embora não tenha sido custeado e não se tenha a informação sobre os recursos financeiros gastos na implementação do PEN III, sabe-se a execução deste Plano ocorreu num período em que houve redução significativa de financiamentos para a resposta ao HIV e SIDA. Esta redução em paralelo com alinhamento do papel do CNCS teve implicações na falta de recursos para intervenções comunitárias na área de promoção da adesão e promoção de cuidados, então implementadas pelas OCBS. Esta natureza de recursos tem implicações na cobertura.</p> <p>No que concerne a recursos materiais, a implementação do PEN III na componente de cuidados e tratamento sofre o efeito da ruptura de stocks de medicamentos, testes e consumíveis, cujas causas oscilam entre lacunas de financiamento ao HIV e SIDA em particular; atrasos nos desembolsos por parte de parceiros e desafios na logística de distribuição (ex. Planificação, procurement, quantificação, distribuição descentralizada, transporte, etc.).</p>
<b>Impacto</b>	<p>A análise do impacto pretende determinar as consequências dos resultados alcançados ao longo do tempo bem como os efeitos das intervenções do Plano na realidade que se perspectivava intervir. Na componente de Tratamento e Cuidados, os resultados de impacto esperados com a implementação do PEN III estão relacionados com a redução da mortalidade por SIDA, em 5% no ano de 2014 em relação aos índices esperados sem o aumento em acesso ao tratamento previsto neste plano, e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV e SIDA. de acordo com as projecções do modelo matemático Spectrum, esperava-se que cerca de 23.000 óbitos devido a SIDA seriam evitados até 2014. Não há evidencias para sustentar esta análise.</p>

Critérios	Resultados da Avaliação
Sustentabilidade	<p>Pelas razões mencionadas no concernente a eficiência, ambas sustentabilidade técnica e financeira para a dinamização da resposta ao HIV e SIDA estão não estão assegurados. Documentos estratégicos como o PESS 2014/2019 realçam desafios relacionados com qualidade e eficiência dos programas e serviços de saúde. De um modo geral, são desafios que resultam da ausência, ou do incumprimento de protocolos e padrões de qualidade, deficiente planificação e supervisão da provisão de serviços de saúde, no contexto da descentralização, e de resposta aos reais problemas de saúde, do subfinanciamento crónico do sector e gestão deficiente dos escassos recursos disponíveis, da falta de RH à altura das necessidades, da disponibilidade irregular de produtos médicos e do ineficaz mecanismo de acompanhamento de provisão destes serviços;<sup>155</sup> os quais o Programa de HIV e SIDA não está isento. Outra garantia de sustentabilidade é o potencial de apropriação da resposta nacional ao HIV e SIDA pelo país. Esta não está ainda inteiramente assegurada: a quase totalidade de financiamento na área de HIV e SIDA (incluindo outras grandes endemias) ainda provém de apoios dos parceiros. O desafio é de uma maior mobilização de fundos internos para financiar o sector de saúde a partir do Orçamento Geral do Estado</p>

## Recomendações para a Componente de Tratamento e Cuidados

### Âmbito do TARV adulto e pediátrico

- ❖ Continuar a expandir a cobertura do TARV para adultos e crianças, com a aumento do número de unidades de saúde que prestam TARV no país (princípio de descentralização);
- ❖ Fortalecer a integração entre PTV e TARV pediátrico;
- ❖ Aumentar a cobertura dos partos institucionais para estimular o aumento de mulheres ao TARV pós-parto e a cobertura de crianças expostas;
- ❖ Expandir a opção B+ para as Unidades Sanitárias da periferia;
- ❖ Implementar uma Estratégia de integração do HIV nos serviços de PF;
- ❖ Desenvolver uma estratégia de retenção com respectivo sistema de monitoria com enfoque para mulheres grávidas, lactantes e crianças ancorada numa articulação eficaz com os sistemas comunitários;
- ❖ Continuar a expandir a capacidade laboratorial para aumento do acesso ao diagnóstico precoce, controle de CD4 e monitorar a resistência aos antiretrovirais;
- ❖ Fortalecer da integração do TARV com Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva, com o envolvimento de actores e instituições comunitárias (sociedade civil);
- ❖ Integração das actividades de comunicação para ITS na Estratégia de Comunicação para HIV;

<sup>155</sup> MISAU (2013) Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS 2014-2019), Maputo, Setembro de 2013, Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA



- ❖ Realização de acções de advocacia para mais recursos humanos na área de TARV focalizando estratégias de motivação e de retenção do pessoal formado;
- ❖ Desenvolver intervenções com enfoque para a melhoria da qualidade do atendimento nas US;
- ❖ Integrar actividades comunitárias relacionadas com ITS no ATS-C e actividades de comunicação para mudança do comportamento relacionados com o HIV na comunidade;
- ❖ Introdução de tecnologia de medição da carga viral no país e resistência aos medicamentos;
- ❖ Promover a literacia para o tratamento, como parte das estratégias de retenção e redução de risco de criação de resistência aos antiretrovirais;

### ***Actividades Colaborativas HIV e TB***

- ❖ Equilibrar o número de unidades de saúde que prestam serviços de TARV (536) e aqueles que prestam serviços de tuberculose (1350);
- ❖ Avaliar e consolidar a implementação do modelo de "paragem única";
- ❖ Implementação do GeneXpert.

### **Âmbito de ligação com a comunidade**

- ❖ Aumentar os investimentos em sistemas comunitários, alocar recursos e definir mecanismos de financiamento para a OSCs, fortalecer suas intervenções comunitárias para "busca consentida/activa", "procura de pacientes faltosos", prevenção positiva, apoio psicossocial;
- ❖ Aumentar a participação das organizações da sociedade civil nacionais na planificação, implementação, monitora do desempenho e qualidade das intervenções no sector de sector da saúde;
- ❖ Expandir intervenções inovativas na comunidade e baseadas na família (GAACs, Homem Cuidador) não somente para a mobilização mas também para o aconselhamento, adesão, retenção e para a consciencialização sobre o HIV e SIDA e vida positiva;
- ❖ Promover a literacia para o tratamento como parte da estratégia de promoção da adesão e retenção, monitoria de situações de resistência aos medicamentos.

## IV. Componente de Mitigação de Consequências

No âmbito da implementação do PEN III, a mitigação dos efeitos do SIDA está voltada para a redução das consequências a nível das PVHS, Agregados Familiares (AFs), Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs), comunidades e instituições, através de iniciativas que visam: garantir o apoio em cuidados básicos a crianças órfãs e vulneráveis (educação e desenvolvimento de habilidades para a vida, saúde, alimentação, apoio financeiro e psicossocial); garantir a segurança alimentar e nutricional e reforçar a capacidade de geração de renda das famílias; assegurar a protecção dos direitos de PVHS e de outros grupos vulneráveis como mulheres, idosos e pessoas com deficiência infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA; e construir bases de evidência na área de mitigação para informar o processo de desenvolvimento de políticas e programas.

A expectativa do PEN III era de que a implementação aumentada de acções concertadas de mitigação das consequências do SIDA contribuísse para a redução da proporção de agregados familiares, comunidades e COVs afectado/as pelo impacto do SIDA.

### IV.1. Apoio a Crianças Órfãs e Vulneráveis

O apoio a crianças órfãs infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA é uma área do PEN III. O documento estabelece que o MMAS deveria desempenhar o seu papel de definir e coordenar a implementação de políticas para COVs neste contexto, em coordenação com outros sectores sociais, enquanto o CNCS, através do PEN III, na componente de mitigação se concentrar-se em COVs no sentido restrito: crianças órfãs, infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA.

No concernente a vertente de políticas e estratégias houve avanços significativos dos quais destacam-se:

- A aprovação em 2012 do Plano Nacional de Acção para a Criança (2013-2019);
- O desenho e aprovação do instrumento com os critérios mínimos para o cuidado de COVs em 2013;
- O desenvolvimento em 2013, de um manual de formação de formadores para a gestão de casos comunitários de modo a permitir que COVs e famílias tenham acesso a serviços de qualidade;
- Elaboração em 2013 de um manual de treinamento para voluntários sobre serviços integrados (saúde e social) para COVs;
- Elaboração do guião de referência de serviços clínicos e sociais para COVs em 2013.<sup>156</sup>
- Capacitação das organizações da sociedade civil, Comités Comunitários de Protecção a Criança e outros grupos comunitários locais, sobre os instrumentos de protecção a criança para garantir a sua implementação ao nível das famílias e comunidades consideradas como sendo a primeira linha de resposta às necessidades destas crianças.<sup>157</sup>

No âmbito do reforço das capacidades das famílias e comunidades, através dos Programas do Governo referenciados e de acções de várias organizações, foram assistidas através do apoio multiforme mais de 1.118.720 crianças órfãs e vulneráveis a nível das comunidade sem produtos alimentares, habitação, material escolar, kits de material diverso, atestados

<sup>156</sup>Global AIDS Response Progress Report (2014) Country Progress Report – Mozambique, p.58

<sup>157</sup>MMAS (2014) Principais Acções realizadas no âmbito do atendimento a criança órfã e vulnerável, p.2

de pobreza, redes mosquiteiras e vestuário. A tabela abaixo ilustra o alcance das actividades realizadas durante a vigência do PEN III.

*Apoio multiforme às Crianças Órfãs e Vulneráveis*

Província	2010	2011	2012	2013
Niassa	1056	2093	5370	4734
Cabo Delgado	6536	7679	7909	3641
Nampula	42504	24224	34735	35219
Zambézia	47903	70225	67826	78255
Tete	16985	9965	10114	10231
Manica	35828	63975	16098	14379
Sofala	73313	53844	13440	68734
Inhambane	29395	8160	3235	3474
Gaza	79395	26696	49340	50645
Maputo Província	3010	3455	4249	5
Maputo Cidade	15353	10121	8198	13256
<b>Total</b>	<b>351278</b>	<b>280437</b>	<b>204432</b>	<b>282.573</b>

Fonte: MMAS, 2013

Os dados disponíveis sobre a componente apoio a COVs reportam que em 2010 cerca de 5.170 organizações prestaram assistência a este grupo alvo. Esta assistência consistiu na distribuição de kits escolares, géneros alimentícios, vestuário, calçado, uniformes escolares, protecção legal, apoio habitacional, e inserção das crianças nas escolas; para além do treinamento vocacional que inclui a produção de blocos, tecelagem, crochês, sapataria, corte e costura, tricot, horticultura, artesanato, carpintaria, serralharia e informática.<sup>158</sup> A formação profissional das COVs incluiu os cursos de electricidade, mecânica, serrilharia, carpintaria e foi prestado apoio psicossocial a crianças vítimas de abuso sexual e violência.<sup>159</sup>

No período em análise, um total de 5.252 crianças separadas das suas famílias foram reunificadas no âmbito do programa de localização e reunificação familiar, 4.270 crianças em famílias biológicas e 982 foram integradas em famílias de acolhimento ou adoptivas e um total de 34.966 foram assistidas nos infantários e centros de acolhimento. Vide a tabela abaixo.<sup>160</sup>

*Crianças reintegradas nas suas famílias e integradas em famílias de acolhimento e adoptivas*

Dados Indicadores	2010	2011	2012	2013	Total
Crianças reunificadas em famílias biológicas	1.143	869	1.180	1.078	<b>4.270</b>
Crianças integradas em famílias de acolhimento e adoptivas	374	259	219	130	<b>982</b>

Fonte: MMAS, 2013.

No que se refere a área de educação, dados do Ministério da Educação (MINED) de 2007 a 2011 o número de crianças órfãs e vulneráveis que frequentam a escola tem vindo a aumentar ao longo dos anos, de 628.933 para 776.775, respectivamente. Embora tenha sido registado um decréscimo de 2010 para 2011, de 810.161 para 776.775, respectivamente

<sup>158</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo., p.16

<sup>159</sup> MMAS - 2014 - Principais Acções realizadas no âmbito do atendimento a criança órfã e vulnerável, p.2

<sup>160</sup> MMAS - 2014 - Principais Acções realizadas no âmbito do atendimento a criança órfã e vulnerável, p.4

(ver matriz abaixo). Conforme indicam os estudos acima descritos, entre este grupo de crianças em geral os rapazes registam maior frequência escolar do que as raparigas e os órfãos de pai tem maior frequência que os de mãe, e este último grupo tem melhor frequência que as crianças órfãs de ambos progenitores.<sup>161</sup>

Durante a implementação do PEN III, estiveram funcionais cerca de 1400 Comités Comunitários, uma estrutura de base comunitária composta por adultos eleitos na comunidade e por representantes de crianças, como parte da resposta à problemática dos órfãos e crianças vulneráveis. Os Comités Comunitários de Protecção da Criança enquadram-se na Política da Acção Social e visam dotar as comunidades de capacidades para localmente encontrarem soluções para os problemas que afectam as crianças que se encontram em situação de vulnerabilidade. Os comités constituem também parte da resposta multisectorial às necessidades de protecção e acesso a serviços das crianças em situação de vulnerabilidade.<sup>162</sup>

Alguns dos desafios identificados nesta área incluem:

- Persistência de desigualdades significativas em termos de acesso à educação, baseadas por exemplo no género, o nível de pobreza, o nível de educação dos pais e a área de habitação da criança;
- Limitado alcance das acções de apoio psicossocial as COVs além do facto de que algumas acções concentram-se nas sedes dos distritos;
- Os órfãos duplos tem uma taxa de inscrição na escola mais baixa do que os outros grupos; são necessários mais dados sobre a frequência escolar das COV's comparadas com os não-órfãos;
- O estigma e a discriminação relacionado com o HIV ainda persistem ao nível da comunidade. Esta pode resultar em exclusão das crianças mais vulneráveis da escola, sob o argumento de não existirem mais vagas ou devido a discriminação na escola.

*Matriz de Resultados 14. COVs (órfãos, infectados e afectados pelo HIV e SIDA)*

<b>Resultado Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ponto de Situação Resultados Alcançados</b>
14.1. Serviços básicos assegurados para as COVs (educação, saúde, apoio financeiro, apoio alimentar e nutricional e apoio psicossocial)	14.1.1 Aumento da proporção de COVs cujas famílias receberam apoio básico gratuito para cuidar da criança	Em 2010 foram apoiadas 351.278 COVs. Em 2011 foram apoiadas 280.437, em 2012 foram apoiadas 204.432 e em 2013 um total de 282.573 COVs receberam apoio.
	14.1.2. Aumento do número de COVs adoptadas ou acolhidas por familiares	Em 2010 foram reunificadas 1143 crianças em famílias biológicas e 374 em famílias de acolhimento. Em 2011 foram reunificadas 869 COVs em famílias biológicas e 259 COVs em famílias de acolhimento. Em 2012 foram reunificadas 1180 COVs em famílias biológicas e 219 COVs em famílias adoptivas. Em 2013 foram reunificadas 1078 COVs em famílias próprias e 130 em famílias substitutas.

<sup>161</sup> CNCS (2012) Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. CNCS: Secretariado Executivo, Abril de 2012, p.72

<sup>162</sup>MMAS (2014) Principais Acções realizadas no âmbito do atendimento a criança órfã e vulnerável, p.3

<b>Resultado Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ponto de Situação Resultados Alcançados</b>
	14.1.3. Aumento do número de COVs que recebem apoio psicossocial	Em 2013, 301.816 COVs receberam pelo menos 3 ou mais serviços básicos incluindo o apoio psicossocial (2011 e 2012 s/i).
	14.1.4. Reduzida a taxa de dependência efectiva <sup>163</sup> em famílias com COVs	(s/i)
14. 2. Aumenta a proporção de COVs que ingressam no ensino escolar (primário, secundário, técnico e profissional) e são graduados.	14.2.1. Aumento da proporção de COVs graduados em iniciativas de desenvolvimento de habilidades para a vida	Em 2011, 374.415 crianças receberam treinamento vocacional que incluiu produção de blocos, tecelagem, crochês, sapataria, corte e costura, tricot, horticultura, artesanato, carpintaria, serralharia e informática. (2012 e 2013 s/i).
	14.2.2. Aumento da proporção de escolas (nível primário e secundário) que formam em iniciativas de desenvolvimento de habilidades para a vida	(s/i).
14.3. Fortalecidas acções comunitárias no apoio as COVs com envolvimento privilegiado dos líderes locais e outras pessoas influentes na sociedade (líderes religiosos, idosos, AMETRAMO, e outros)	14.3.1. Aumento da proporção de principais chefes de família que identificaram um tutor para cuidar das suas crianças caso não consiga cuidar delas	(s/i).
	14.3.2. Aumento do número de organizações comunitárias que receberam apoio para assistir as COVs em serviços básicos por tipo de apoio recebido: (i) alimentos, (ii) recursos financeiros, (iii) formação em apoio psicossocial /habilidades vocacionais e (iv) outros	Reporta-se a redução do apoio financeiro a organizações comunitárias que assistem a COVs.
	14.3.3. Aumento do número de organizações que implementam iniciativas comunitárias, para cuidar de COVs por tipo de apoio:(i) plano de nutrição; (ii) formação em habilidades, (iii) apoio psicossocial e (iv) sistema de referência para apoio de saúde, educação, e dinheiro	Reporta-se a redução do apoio financeiro e por consequência, a redução de organizações comunitárias que assistem a COVs. Acções isoladas de algumas organizações comunitárias que intervêm na área de apoio e educação nutricional (Tete e Niassa).
	14.3.4. Aumento do número de famílias adoptivas, redes familiares e estruturas comunitárias de apoio que integram COVs	(s/i).
	14.3.5. Aumento das capacidades financeiras, materiais e habilidades psicossociais para as pessoas que cuidam das COVs e de PVHS com destaque para mulheres e pessoas idosas de modo a prestar melhores serviços	(s/i)
14.4. Aumenta a proporção de COVs com direitos legais assegurados	14.4.1. Reduzido o número de COVs (0-17 anos) que vivem sem cuidados de família	(s/i)
	14.4.2. Aumento do nº de crianças que possuem documentação que lhes permite ter acesso a serviços básicos	Em 2011 O Programa de Promoção de Justiça Social do MMAS prestou assistência em 2011 a um total de 280.436 COVs. O apoio incluiu a entrega de atestados de pobreza.
	14.4.3. Aumento do número de COVs registadas	Em 2013, A província de Tete reporta que 66.000 crianças receberam ente outros apoio, o registo após o nascimento. (
	14.4.4. Criado um quadro legal que permite o acesso a herança por parte crianças menores de idade que têm necessidades imediatas	(s/i)

<sup>163</sup> Taxa de dependência: relação entre a força produtiva e não produtiva (e por inferência a disponibilidade de mão de obra).

## IV.2. Segurança Alimentar e Nutricional e HIV

O PEN III reconheceu que a segurança alimentar e nutrição constituem elementos chaves da resposta ao HIV e SIDA. As acções prioritárias propostas visam intensificar acções de comunicação para a sensibilização de organizações da sociedade civil incluindo as associações e redes de PVHS para que concentrem os seus esforços na geração da renda promovendo a produção e disponibilidade de alimentos, elevando os padrões nutricionais e utilizando uma abordagem transversal que enquadra a tripla ameaça: pobreza, insegurança alimentar e HIV e SIDA. O Ministério da Agricultura e outros sectores de produção deveriam reforçar acções conjuntas para a coordenação da produção alimentar. As acções deveriam centrar-se em:

- i. apoiar as actividades agrárias e não agrárias;
- ii. promover políticas de protecção social para prestar assistência alimentar, financeira e nutricional
- iii. melhorar a formulação e implementação de políticas do sector agrário.

Durante o processo de implementação do PEN III, houve também o reconhecimento de que existem importantes ligações entre o HIV e SIDA e a nutrição. Uma nutrição adequada contribui para manter o sistema imunológico fortalecido e, as intervenções na área da nutrição também podem ajudar a otimizar os benefícios do Tratamento Antiretroviral (TARV) e aumentar a adesão ao tratamento e/ou aos protocolos de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV).<sup>164</sup>

Os destaques nas realizações durante a implementação do PEN III nesta área dizem respeito aos seguintes aspectos:<sup>165</sup>

- Desenvolvimento pelo Ministério da Saúde do Guião de Orientação Nutricional para PVHIV (brochura dirigida aos trabalhadores de saúde e aos gestores de programas) e elaboração de um pacote de formação em aconselhamento nutricional para PVHIV dirigidos aos trabalhadores de saúde, aos activistas ligados aos cuidados domiciliários e às ONGs locais. Este pacote cobre desde os pacientes adultos às crianças pequenas;
- Integração entre 2010 e 2011 da nutrição nos serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), através da introdução da componente de nutrição, especialmente da Alimentação Infantil, considerando as novas recomendações da OMS, e na abordagem de mães para mães;
- Publicação pelo MISAU do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional que indica os passos e procedimentos para o tratamento dos doentes classificados com desnutrição aguda (moderada ou grave) num Hospital, num Centro de Saúde, numa Unidade de Reabilitação Nutricional, ou qualquer outra Unidade que ofereça estes cuidados;
- Introdução do uso do Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU/RUTF) de tratamento em ambulatório para a Desnutrição Aguda Grave nas unidades sanitárias que oferecem Tratamento Antiretroviral (TARV) para crianças;

<sup>164</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.63

<sup>165</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.63/69 & CNCS (2012) *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo. Abril de 2012, p.42/45



- Expansão do programa Cesta Básica (CSB) para mais distritos do país, de modo a cobrir mais doentes em TARV elegíveis. Foi desenvolvido em 2011 um protocolo Institucional entre MISAU e MMAS estabelecendo as responsabilidades de cada uma das partes no processo sendo as responsabilidades do MISAU a componente clínica e a do MMAS a componente social e nutricional, incluindo o Programa da Cesta Básica;
- Implementação pelo Ministério da Saúde do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), que cobre o tratamento da desnutrição aguda moderada e grave para as crianças HIV positivas. Em 2010, este programa expandiu o tratamento para as crianças acima dos 5 anos até aos 15 anos de idade e desde 2011 que, de uma forma faseada, o MISAU está a introduzir a reabilitação nutricional dos adultos crónicos (inclui PVHIV e Tuberculose) e mulheres grávidas e lactantes, através da suplementação com CSB++;
- Distribuição pelo PMA de suplementos alimentares (farinha de milho e soja ou “CornSoyBlend (CSB)” para vários grupos alvo em sete províncias: mulheres grávidas e lactantes (incluindo mulheres HIV positivas) com desnutrição moderada, adultos HIV positivos e/ou com Tuberculose (TB) e com desnutrição moderada e crianças expostas (crianças em risco) com desnutrição moderada e/ou falência de crescimento. Para além deste suplemento nutricional, os doentes também recebem um apoio alimentar para a família, que consiste em cereais e leguminosas.

*Matriz Resultados 15: Agregados Familiares (AFs) afectados pelo HIV e SIDA vulneráveis à Insegurança Alimentar e Nutricional (InsAN)*

<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ponto de Situação Resultados Alcançados</b>
15.1. Reduzida a proporção de AFs afectadas pelo HIV e SIDA vulneráveis a InsAN	15.1.1 Aumento do número de AFs vulneráveis afectados pelo HIV e SIDA envolvidos em programas de produção de alimentos e geração de renda	Em 2011, 68.851 PVHS beneficiaram de apoio financeiro, nutricional e vocacional; Em 2011 3.861 AF afectados estiveram envolvidos actividades de geração de renda; Em 2013, foram assistidas 41.062 AF em apoio nutricional e formação vocacional.
	15.1.2. Reduzida a falta de reservas alimentares por um período de pelo menos 4 meses durante o ano em AFs afectados pelo HIV e SIDA	(s/i)
	2.1.3. Aumento do número de AFs afectados pelo HIV e SIDA com alimentação adequada	(s/i)
15.2. Acrescido os padrões nutricionais de pessoas infectadas e afectadas ao HIV e SIDA	15.2.1. Reduzidos os índices de desnutrição crónica em membros de AFs afectados pelo HIV e SIDA	(s/i)
15.3. Mais AFs afectadas pelo HIV e SIDA com as suas condições de saúde melhoradas	15.3.3. Reduzido o número de membros com problemas de saúde associados à nutrição nos AFs afectadas pelo HIV e SIDA	(s/i)
	15.3.4. Aumento da proporção de PVHS e suas famílias com direito a cesta básica durante um período mínimo de 6 meses enquanto acoplada a micro projectos sustentáveis geração de renda e promoção de produção alimentar	(s/i)

### IV.3. Apoio a PVHS

Nesta área, o PEN III esperava atingir três resultados, nomeadamente:

- i. Assegurar os direitos legais de PVHS e AF vulneráveis ao HIV e SIDA;
- ii. Reduzir o estigma e discriminação de PVHS e AF afectados pelo HIV e SIDA;
- iii. Assegurar que Homens e mulheres infectados e afectados pelo HIV e SIDA expostos as mesmas oportunidades socioeconómicas e políticas, no meio familiar, comunitário e nacional.

Em 2011, o número de organizações prestando apoio as pessoas vivendo com HIV e SIDA reduziu, e esta redução foi referida em todas as províncias visitadas, onde os entrevistados foram unânimes em afirmar que os fundos estão cada vez mais escassos e as dificuldades que atravessam para manter as suas associações activas e funcionais são enormes.<sup>166</sup>

Os escassos dados reportados a respeito indicam que o número de organizações que apoiam PVHS tende a reduzir (diminuiu de 288 em 2010 a 148 em 2011) devido a redução da capacidade financeira das organizações da sociedade civil para o desenvolvimento de acções direccionadas a este grupo,<sup>167</sup> o que pode concorrer para uma baixa nos progressos alcançados nos anos anteriores onde as pessoas necessitadas encontravam algum apoio material e emocional.<sup>168</sup> A província de Gaza evidenciou-se no apoio à pessoas vivendo com o HIV, tendo alcançado cerca de 30,000 pessoas contra as outras províncias que não chegaram a 5. 000, com excepção de Sofala que alcançou cerca de 5.341 pessoas.<sup>169</sup>

Durante o ano de 2011 os dados reportam que beneficiaram-se de apoio nutricional, financeiro, psicossocial e formação vocacional cerca de 168.851 PVHIV; e cerca de 3.861 agregados familiares estiveram envolvidos em esquemas de geração de renda, especialmente na produção agrícola, criação de animais de pequena espécie e de grande porte, fabrico de blocos, indústria moageira e de panificação, artesanato, pesca, piscicultura, de entre várias áreas contra os 190.006 PVHIV assistidos em 2010 e 8592 PVHIV e suas famílias, respectivamente. Das várias actividades realizadas nos Distritos em 2011, destacam-se o fornecimento de produtos alimentícios, a provisão de material didáctico e apoio psicossocial e familiar efectuado por algumas organizações da Sociedade Civil no âmbito distrital.<sup>170</sup> A província de Gaza evidenciou-se no apoio à PVHIV, tendo alcançado cerca de 30,000 pessoas contra as outras províncias que não chegaram a 5.000, com excepção de Sofala que alcançou cerca de 5.341 pessoas.<sup>171</sup>

Em 2013 os dados reportam que houve um esforço empreendido pelas províncias de Maputo (8.525), Maputo Província (15.348), e Gaza (12.172) quanto a assistência às PVHIV. As províncias de Sofala, Tete e Zambézia não fazem referência a acções com vista a suprir as necessidades deste grupo.<sup>172</sup>

<sup>166</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.14

<sup>167</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.15

<sup>168</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.14

<sup>169</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.15

<sup>170</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.73

<sup>171</sup> CNCS - *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo. 2012, p.12

<sup>172</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2013*. Maputo. p.23

**Matriz de Resultados 16: Capacidade de resposta de PVHS e Agregados familiares**

<b>Resultados Esperados</b>	<b>Produtos Esperados</b>	<b>Ponto de Situação Resultados Alcançados</b>
16.1 Assegurados os direitos legais de PVHS e AF vulneráveis ao HIV e SIDA	16.1.1. Dispositivos legais criados, adaptados e disseminados que proíbem a estigmatização e protegem dos actos de violência a pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA sobretudo idosos, pessoas com deficiência e mulheres.	(s/i)
	16.1.2. Aumento do número de infectados e afectados pelo HIV e SIDA sobretudo idosos e pessoas com deficiência com acesso a serviços de justiça quando precisam	(s/i – conferir índice de estigma, 2013)
	16.1.3. Aumento da proporção de pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA, sobretudo idosos, mulheres e pessoas com deficiência que conhecem e usufruem de seus direitos	(s/i)
16.2. Reduzido o estigma e discriminação de PVHS e AF afectados pelo HIV e SIDA	16.2.1. Aumento da proporção de PVHS e AF afectados pelo HIV e SIDA que beneficiam de acções implementadas no âmbito da mitigação dos efeitos do HIV e SIDA, previstas nas Leis e Regulamentos	(s/i – conferir índice de estigma 2013)
	16.2.2. Aumento da proporção de Pessoas que expressam atitudes receptivas (não discriminatórias nem de estigma) em relação aos infectados e AFs afectados pelo HIV e SIDA	As auscultações realizadas no âmbito da Avaliação do PEN III indicam que, de forma geral, houve uma redução do estigma e discriminação a PVHS e AFs afectados pelo HIV e SIDA como resultado das várias intervenções na área de conhecimentos, informação e educação sobre o HIV e também pela crescente disponibilidade da TARV (conferir índice de estigma)
	16.2.3. Cartão de identificação de doentes uniformizado de modo que a priori e à distância não se distinga o de PVHS	Realizado
16.3. Homens e mulheres infectados e afectados pelo HIV e SIDA expostos as mesmas oportunidades sócio, económicas e políticas, no meio familiar, comunitário e nacional.	16.3.1. Homens e mulheres infectados e afectados pelo HIV e SIDA em igualdade de circunstâncias no acesso a recursos e serviços em relação aos não vulneráveis	(s/i)
	16.3.2 Aumento do número de casos de violação de direitos solucionados.	(s/i – conferir índice de estigma)
	16.3.3 Criado e divulgado canal de comunicação para denúncia de violações de direitos	(s/i)

## Avaliação da Componente de Mitigação

Critérios	Resultados da Avaliação
<p style="text-align: center;"><b>Relevância</b></p>	<p>A componente de mitigação dos efeitos do HIV e SIDA mostra-se relevante pois responde às aos desafios impostos e necessidades do número crescente de COVs, PVHS e AFs de pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA.</p> <p>Todavia, as actividades desenvolvidas nesta componente não foram totalmente de encontro com as necessidades dos beneficiários. Apesar do avanço na componente de políticas e estratégias que visam garantir um melhor acompanhamento e seguimento das COVs, nota-se que as actividades implementadas de apoio às COVs, PVHS e AFs responderam, parcialmente, aos interesses dos beneficiários. A irregularidade das actividades implementadas, associado a redução das mesmas foram factores que tornaram esta componente pouco relevante. Além disso, algumas áreas desta mesma componente tiveram limitado investimento, nomeadamente a componente de segurança alimentar e nutricional, os direitos de PVHS e de AFs vulneráveis, bem como a igualdade de oportunidades para homens e mulheres infectados pelo HIV.</p>
<p style="text-align: center;"><b>Eficiência</b></p>	<p>Relativamente a disponibilidade de recursos financeiros, estes ditaram sobremaneira a continuidade e sustentabilidade das actividades na componente de mitigação. Durante a implementação do PEN III, a redução do apoio financeiro às organizações comunitárias influenciou, em grande medida, a implementação das actividades definidas para esta componente.</p> <p>Em relação aos recursos humanos, a redução de apoio financeiro teve consequência directa na redução de disponibilidade de recursos humanos capazes de responder às necessidades das COVs, PVHS e AFs de pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA. A redução do número de activistas e voluntários a desenvolver actividades de mitigação foi um dos aspectos mais notáveis e evidentemente decorrente da drástica redução de apoio financeiro.</p> <p>A redução de recursos materiais e recursos de incentivos, destacando-se o transporte (bicicletas, motorizadas, bem como kits de CD, materiais educativos e promocionais) para a realização das actividades nas zonas mais recônditas pelos activistas e voluntários foi um aspectos mais marcantes durante a implementação do PEN III. Relativamente às PVHS a redução do apoio financeiro condicionou igualmente a continuidade dos cuidados domiciliários (CDs) passando a realizar-se as visitas domiciliárias que se caracterizam pelo facto de não exigir tantos recursos materiais tal como os CDs.</p> <p>Sobre o potencial de alcance dos mesmos resultados com menos recursos, constata-se que haveria enormes dificuldades de alcançar os poucos resultados se não tivesse havido nenhum recurso financeiro nesta componente. Apesar da redução significativa do apoio financeiro, as poucas iniciativas desenvolvidas permitiram alcançar números expressivos de COVs e PVHS em algumas províncias.</p>

<b>Eficácia</b>	<p>As actividades realizadas no âmbito do PEN III revelam que, de forma geral, não foi possível alcançar os objectivos traçados para esta componente que visavam, essencialmente, a mitigação e redução das consequências do HIV e SIDA nas COVs, PVHS e AFs afectados. Relativamente às COVs o PEN III definiu a garantia de apoio em cuidados básicos (educação e habilidades para a vida, saúde, alimentação apoio financeiro e psicossocial). Nesta vertente observa-se que houve grandes desafios para garantir o apoio para responder às necessidades das COVs através da prestação dos cuidados básicos. O principal constrangimento para o não alcance dos objectivos está associado a redução acentuada de apoios para as associações comunitárias que desenvolviam acções nesta área. Das poucas acções de apoio que prevaleceram não tiveram o alcance desejado, devido ao número elevado de COVs e consequente pressão da demanda pelos cuidados básicos. Na componente de apoio psicossocial a falta de um número satisfatório de recursos humanos capacitados foi um dos principais constrangimentos aliada a falta de condições como transporte para alcançar para além das sedes distritais.</p> <p>Na área de PVHS e AFs afectados pelo HIV e SIDA destaca-se, igualmente, a redução significativa de apoios, sobretudo financeiro para a realização de actividades direccionadas a este grupo. Como resultado deste cenário observa-se a diminuição de actividades de geração de renda e acções que visavam garantir a segurança alimentar e nutricional de PVHS e AFs. Ainda na componente de segurança nutricional houve avanços na componente clínica e de resposta por parte do MISAU através da implementação de protocolos que visam melhorar a nutrição de pacientes com HIV e foram introduzidos suplementos alimentares para o tratamento de casos de desnutrição. Na componente clínica ainda há desafios na redução da taxa de mortalidade institucional por desnutrição grave.</p> <p>Relativamente aos direitos de PVHS e AFs vulneráveis ao HIV e SIDA não há reporte de actividades relacionadas a criação de dispositivos legais que protegem pessoas infectadas e afectadas pelo HIV de actos de violência, sobretudo pessoas, idosas, com deficiência e mulheres. Igualmente, durante a vigência do PEN III houve poucos avanços no que se refere a acções para promover a igualdade de oportunidades para homens e mulheres infectados e afectados pelo HIV e SIDA no acesso a recursos e serviços. Em relação a de monitoria das intervenções, não foi melhorada a base de dados na área de mitigação dos efeitos do HIV e SIDA que visava medir alguns indicadores como o incremento de pesquisa nesta área, bem como a realização e divulgação de estudos de avaliação de impacto das intervenções realizadas.</p> <p>No que concerne ao estigma e discriminação, as auscultações realizadas revelam que reduziram casos de estigma e discriminação a pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA como resultado de um maior conhecimento e de actividades de sensibilização. O estudo sobre o índice de estigma representa uma boa base para futuras pesquisas e intervenções.</p>
<b>Impacto</b>	<p>Por enquanto, as acções desenvolvidas na área de mitigação das consequências não permitem aferir o impacto resultante da implementação das actividades. Durante a implementação do PEN III as actividades foram realizadas de forma irregular e inconsistente, tendo sido condicionadas pelos factores já mencionados. O reporte irregular de actividades, bem como as dificuldades para monitorar as actividades nesta componente são alguns dados que revelam os desafios para medir o impacto nesta componente.</p>

<b>Sustentabilidade</b>	<p>Há grandes desafios relativos a sustentabilidade das actividades implementadas no âmbito da componente de mitigação das consequências. As actividades que visam fornecer cuidados básicos a COVs bem como o apoio a PVHS e AFs dependem, sobretudo, de apoios financeiros para a sua realização e continuidade, daí que com a redução dos mesmos observa-se que foram poucas as intervenções que tem potencial de serem sustentáveis. Por outro lado, mesmo com os apoios disponibilizados por exemplo para actividades de geração de renda, a falta de capacidade técnica, associada às necessidades das PVHS não permitiram tornar rentáveis as iniciativas apoiadas. Em varias situações de auscultação foi referido que as comunidades usaram dos investimentos feitos em seu benefício, não tendo engrenado no ciclo do mercado.</p>
-------------------------	--

## Recomendações para a Componente de Mitigação

### **Segurança Alimentar, HIV e Nutrição:**

- ❖ Desenvolver normas, protocolos e planos operacionais relativos à nutrição no contexto do HIV com todos os intervenientes do Governo, sociedade civil, ONG's e agências bilaterais e das Nações Unidas;
- ❖ Fortalecer a capacidade dos trabalhadores de saúde das unidades sanitárias e os provedores de saúde na comunidade sobre nutrição e HIV, particularmente em relação à selecção de doentes com base em critérios clínicos, medições antropométricas, seguimento, monitoria e avaliação;
- ❖ Fortalecer o aconselhamento sobre nutrição para PVHIV, incluindo o desenvolvimento e distribuição de ferramentas para o trabalho. Esta dimensão pode e deve ser aprofundada em iniciativas de literacia para o tratamento, onde deve-se cultivar a educação dos pacientes e das famílias para compreender os múltiplos desafios do tratamento e estratégias de lidar com eles;
- ❖ Fortalecer a ligação entre a comunidade e as unidades sanitárias para: i) melhorar a identificação das crianças e adultos desnutridos, melhorar o acesso aos serviços nutricionais de HIV; e ii) melhorar o seguimento das crianças e adultos desnutridos em tratamento ambulatorio;
- ❖ Inclusão das Pessoas Vivendo com HIV /Tuberculose dentro das políticas e programas de apoio social no triângulo técnico de responsabilidade partilhada (MMAS/MISAU/CNCS);



## V. Componentes de Suporte

Resultado esperado	PEN III implementado e metas previstas alcançadas até 2014
--------------------	--

Ao reunir uma componente de apoio, de onde se destacam, só para referir alguns elementos chave, a coordenação, a monitoria e avaliação das actividades previstas no PEN III, a mobilização de recursos era de se esperar – e quanto é sabido que o órgão encarregue de dinamizar os esforços nesse sentido pudesse ter desenvolvido um plano operacional para acompanhar a implementação do PEN III a todos os níveis.

Não há evidências de este plano ter sido desenvolvido ou existir. Assim, as análises que na presente secção são desenvolvidas, baseiam-se no que os relatórios ou minutas das reuniões de coordenação conseguiram captar, estudos e pesquisas como a Relatório da Medição de Gastos em SIDA, bem como de outras ilações que os encontros e discussão por vias da matriz de avaliação levada ao terreno terão conseguido trazer a tona.

É útil lembrar que esta componente de apoio era composta de 6 áreas temáticas consideradas, de certa forma, transversais, nomeadamente a coordenação, a monitoria e avaliação, a pesquisa operacional, a abordagem da comunicação<sup>173</sup>, a mobilização de recursos e o financiamento da resposta.

Esta área tinha uma função catalítica por ser aquela que ajudaria a mobilizar energias e recursos, bem como a manter a circulação de informação estratégica de forma a assegurar que todos os actores se mantenham alinhados nas suas acções com os propósitos principais que o PEN III tem projectado nas suas áreas de intervenção.

### V.1. Coordenação

O PEN III estabeleceu que, para uma efectiva coordenação, o papel do CNCS como líder e coordenador deveria ser reforçado, através de uma clareza política e organizacional em todos os níveis da resposta – nacional, provincial e distrital – o que permitiria a convergência dos esforços num único sentido e comando.

O realinhamento deste órgão para dedicar-se, exclusivamente, à coordenação e facilitação da resposta em curso foi encarada como uma oportunidade que permitiria que o seu papel aglutinasse os esforços de cada interveniente, por um lado e, por outro, ajudasse a colocar os meios, as informações, as políticas e recursos humanos e tecnológicos, onde fossem necessários para viabilizar as intervenções programadas.

Uma efectiva coordenação deveria ocorrer materializando o princípio dos Três Uns (Um único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação) e os vários fóruns de interacção, bem como capitalizar a busca de compromissos realistas com os parceiros de financiamento e de implementação tanto nacionais e internacionais e estabelecer plataformas de prestação de contas por todos intervenientes na resposta.

#### ***Mecanismos de coordenação multisectorial***

A coordenação da resposta nacional tem sido um grande desafio em associação com a fragilidade dos vários sistemas aliado à limitações de capacidade humana, técnica, de meios

<sup>173</sup> Reflectida na componente de comunicação acima, na secção 2, deste relatório.

e institucional do órgão confiado para esta função, que tem se mostrado aquém da demanda das necessidades dos implementadores, conforme indicaram os resultados dos processos de auscultação.

Como fundamento para a eficácia da coordenação, o PEN III recomendava o estabelecimento da obrigatoriedade de respeito e seguimento dos sistemas de fluxo de informação, de observância das prioridades estratégicas definidas pelo Governo, de inclusão e direcção única por todos os intervenientes da resposta. Não há evidências de se ter logrado estabelecer normativamente a obrigatoriedade aqui referida.

O que a avaliação conseguiu constatar é o cumprimento das orientações estabelecidas no PEN III pelos intervenientes que, apoiados pelo Secretariado Executivo do CNCS, foram instruídos a buscarem das suas direcções estratégicas as linhas de orientação e direcção dos processos de planificação e priorização das suas actividades e de consolidação dos seus planos operacionais.

Ao longo dos primeiros dois anos, foram realizadas várias sessões do Fórum Nacional Alargado de Parceiros, onde a resposta descentralizada do HIV e SIDA, sua inserção como uma componente prioritária nos diferentes sectores de desenvolvimento local foram profundamente abordadas e analisadas.

- Houve apoio à elaboração da proposta de operacionalização da Estratégia da Função Pública;
- Elaboração conjunta com o PMA e estruturas da Saúde da Estratégia de apoio nutricional às PVHS, bem como dos critérios de atribuição da cesta básica;
- Realização de sessões do Conselho Directivo do CNCS;
- Realização do encontro/reunião Nacional do SE do CNCS alargado aos coordenadores dos núcleos, cujos pontos de agenda principais estiveram relacionados com a Operacionalização do PEN III e da Estratégia de Aceleração de Prevenção, bem assim a Estratégia de Comunicação entre outros.<sup>174</sup>

A funcionalidade dos mecanismos de coordenação variou do nível central ao nível provincial. Mas antes de conferir esse dado é útil anotar que das actas dos eventos de coordenação que se realizaram em quase todo o país, não há evidências de um esforço sistematizado, estruturado, consolidado e, acima de tudo, abrangente de procurar-se trazer à mesa do debate todos os assuntos inerentes ao PEN III, bem como aferir-se a dinâmica das intervenções em curso, os mecanismos alternativos de financiamento existentes e seus efeitos nas prioridades definidas pelo Governo.

Com efeito, ao percorrer-se o conteúdo destes documentos ao nível do Secretariado Executivo do CNCS fica-se com a ideia de que os esforços do Fórum de Parceiros, apesar de se guiarem por Termos de Referência concordados com os Parceiros de Apoio à Resposta e demonstrarem uma regularidade mensal generalizada de 2010 a 2013, evidenciam limitar-se à discussão e seguimento dos assuntos internos da matriz do POA do CNCS. Em geral os assuntos retratados nestas matrizes não são abrangentes, uma vez limitarem-se à aferição do contributo e impacto do financiamento que flui através dos mecanismos de alocação de fundos desses parceiros para o CNCS.

---

<sup>174</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.19/21  
Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

A observação acima feita é corroborada pelos relatórios da Avaliação Conjunta Anual (ACA) desse mesmo período que, grosso modo, apresentam uma concentração na Matriz do POA do CNCS, dando apenas atenção de generalidade e abstracção aos assuntos mais gerais, ainda que relacionados ao PEN III, mas que saem fora do que o POA (entanto que instrumento de operacionalização do PES do CNCS) consegue reflectir.

Tendo em conta que a implementação do PEN III compreende vários actores e uma multiplicidade de esforços de financiamento das suas actividades por fontes alternativas (além do CNCS e do MISAU) era de esperar que esses Fóruns pudessem agregar, nas suas discussões, o tratamento a dar ao conjunto dos esforços de implementação de actividades de toda a dimensão do PEN III.

Tendo em conta essa lacuna, fica-se sem uma leitura e imagem de como a coordenação consegue capturar esse esforço para depois analisá-lo e permitir uma visão integrada do esforço nacional. Basta referir que o relatório do exercício da Medição de Gastos em SIDA (MEGAS, 2014) mostra claramente que em quase 90% dos fundos investidos na luta contra o SIDA em Moçambique fluem através das alocações e esforços do governo americano (que também dedica boa parte ao financiamento de componentes de apoio, das iniciativas de prevenção e comunitários) e dos países europeus, do Fundo Global (que tem um mecanismo próprio de coordenação e igualmente com alocações que vão para além das doenças, estimulando a prevenção e as componentes comunitárias), do sistema das Nações Unidas, entre outros, sendo de se esperar que na agenda de coordenação global o tratamento desses investimentos merecesse um lugar e tratamento estruturados, com visibilidade e não fragmentado.

Igualmente importante, é a leitura que sai de uma simples observação da lista das presenças contidas nas Actas destes fóruns de coordenação onde se constata a quase total ausência da representatividade das ONGs nacionais, das organizações baseadas na fé, do sector privado, do sector público (à excepção do CNCS e MISAU) cuja actividade na base se assume importante registar. Excepções a esta regra são encontradas nas Actas das reuniões do Conselho Directivo do CNCS, onde a representatividade da sociedade civil é assegurada por organizações que parecem fazer-se a estes encontros por interesses meramente individuais do que por uma agenda nacional concertada, uma vez não haver evidências de retro alimentação ou prestação de testemunho às suas respectivas *constituências*.

Ao nível das componentes temáticas é salutar registar nos esforços da coordenação a acção exercida pelo grupo de comunicação que tem uma estrutura mais abrangente, envolvendo não só uma multiplicidade de actores de diferentes especialidades (activistas, gestores de programas de comunicação, jornalistas, especialistas de publicidade, etc.), mas também procurando estabelecer uma agenda mais global de articulação de estratégias para a mudança de comportamento em matérias de sexualidade, de estigma e discriminação e de persuasão para melhor aproveitamento dos serviços existentes para cuidados e tratamento de HIV e SIDA no país.

Enquanto isso, a nível provincial reporta-se o cumprimento do número de sessões realizadas dos Fóruns de Coordenação por província, e das sessões dos grupos técnicos (reuniões mensais) com destaque para os grupos de Comunicação. Do ponto de vista qualitativo, reporta-se a este nível uma fraca inclusão de temas relacionados com políticas e gestão ao nível dos encontros de coordenação.

Essa falta de inclusão destas matérias temáticas importantes pode estar relacionada com o facto de prevalecer, de forma generalizada, a percepção de que o CNCS e particularmente os NPCCS são agências de financiamento – buscando de um passado não longínquo ainda que anterior ao PEN III, quando, efectivamente, o CNCS, além da coordenação, se ocupava da gestão de subvenções -, atraindo a atenção das organizações por vias da disponibilização de fundos, havendo pouca percepção do seu papel de órgão do governo encarregue de coordenar a resposta multisectorial. Esta constatação não é nova e consta do relatório do ACA 2012 que recomendava uma acção de clarificação e divulgação mais alargada do mandato do CNCS. Esta percepção ganha eco quando os NPCCS parecem colocarem ênfase apenas na sua agenda de financiamento às organizações comunitárias de base – deixando em segundo plano a coordenação - cujo impacto é de longe pequeno, atendendo a quantidade e volume financeiro envolvido, ao mesmo tempo que essas actividades absorvem sobremaneira a já limitada capacidade humana e técnica que estes entes detêm.

Esta observação é secundada pelas dificuldades com que os NPCCS esbarram para coordenarem e darem vazão à distribuição do preservativo, cujas evidências encontradas no terreno não só mostram haver até desconhecimento de como essa articulação deverá ser feita, apesar de uma Ordem de Serviço distribuída há algum tempo orientar os actores de forma convincente nesse sentido.

Em relação à produtividade dos encontros de coordenação provincial, realça-se que as recomendações emanadas das referidas reuniões não são totalmente implementadas, principalmente por parte dos parceiros e não são elaboradas matrizes de recomendações para o devido seguimento.<sup>175</sup> Foi reportado que os grupos temáticos são muitos e variam de província para província, segundo a realidade e necessidade. As questões temáticas neles abordadas são também variadíssimas e pertinentes mas a participação dos representantes da sociedade civil e do sector público nos encontros organizados pelos NPCCS não tem sido regular devido a constantes rotações dos técnicos e/ou sobreposição de tarefas,<sup>176</sup> para além do baixo nível de demonstração de interesse por parte de alguns coordenadores provinciais, no que concerne a coordenação da resposta ao HIV e SIDA. A título de exemplo, na província de Tete, o coordenador provincial realiza esta actividade numa base *ad hoc* e temporária, acumulando outras funções de administração de um distrito.

### ***Processo de Planificação Sectorial e Descentralizada***

Com maior impulso no ano 2011, o Secretariado Executivo do CNCS investiu na facilitação do processo de elaboração dos Planos Operacionais Sectoriais, à luz do Plano Estratégico Nacional de Combate ao SIDA, 2010-2014 (PEN III).<sup>177</sup> Tratou-se de um exercício que visou orientar os diversos actores a integrar as acções da resposta ao HIV e SIDA nos seus planos seguindo a estratégia de implementação do PEN III.

O processo ocorreu em momentos diferenciados para os níveis central e provincial. A facilitação da 1ª fase da operacionalização do PEN III a nível central ocorreu no 1º trimestre de 2011 quando foi realizada uma Sessão Extraordinária do Comité Director voltada a dar impulso à Operacionalização do PEN III. Esta sessão analisou as Matrizes dos Planos Sectoriais produzidas no âmbito do Exercício da Operacionalização ao Nível Central. O encontro recomendou a revitalização do Subgrupo de Prevenção e a realização de uma Reunião de Balanço e Reflexão do Exercício de Operacionalização do PEN III nos Sectores.

<sup>175</sup>CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.25

<sup>176</sup>CNCS - A Resposta Nacional ao HIV e SIDA. Avaliação Conjunta Anual (ACA 2012). Maputo. 2013, p.18

<sup>177</sup> CNCS - Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012. Maputo. 2012, p.16

Aquela sessão discutiu, igualmente, matérias relacionadas com a orçamentação, a duplicação de actividades, a coordenação multisectorial e intersectorial e o financiamento dos planos em elaboração. Participaram desta reunião todos os sectores abrangidos pelo exercício (Ministérios, Sector Privado e Sociedade Civil) para além dos membros do Comité Director e convidados, incluindo o Ministério da Planificação e Desenvolvimento. Os resultados atingidos a nível central foram:

- apoiados os sectores envolvidos na operacionalização, na identificação e priorização dos produtos do PEN III e definição de actividades a levar a cabo;
- finalizadas as matrizes do MITRAB, MDN, MINT, Finanças, MINCUL, MJD;
- assegurado o apoio do MPD aos sectores, no processo de sincronização da resposta sectorial ao HIV e SIDA com o PES dentro do ciclo de planificação.<sup>178</sup>

A implementação da 2ª fase de facilitação da operacionalização do PEN III ocorreu a nível provincial no 2º trimestre de 2011. Foram realizadas oficinas provinciais com o objectivo de: i) explicar o conteúdo do método de gestão/planificação baseado em resultados; ii) ilustrar como se constrói um indicador adequado de execução; iii) explicar os passos a tomar na operacionalização do PEN III; vi) traduzir os produtos do PEN III em actividades quantificadas relativamente à resposta sectorial interna e provisão de serviços de resposta; v) aplicar os princípios do custeamento de um plano para realizar a orçamentação do plano de resposta do seu sector/instituição; vi) identificar e implementar formas de apoio na operacionalização do PEN III a nível distrital. Esta acção contou com a participação de todos os coordenadores dos Núcleos Provinciais, técnicos de comunicação, gestores de Programas e técnicos das Direcções Provinciais de Saúde, Educação, Mulher e Acção Social e Juventude e Desportos.<sup>179</sup>

Como resultados do exercício a nível provincial destaca-se o facto de ter sido: i) finalizadas as matrizes de 11 províncias, incluindo os sectores de Juventude e Desporto, Saúde, Educação, Mulher e Acção Social; ii) alcançado consenso sobre a necessidade de utilização da matriz do PEN III como documento organizador da resposta a nível provincial; ii) Firmados acordos sobre as etapas de conciliação dos planos distritais, com as matrizes de resposta ao nível distrital.<sup>180</sup>

Os resultados nesta componente incluem o reforço feito as províncias para revitalizar e potenciar as comissões distritais de combate ao HIV e SIDA. Os dados reportam que em 2010 conseguiu-se revitalizar uma grande parte das comissões distritais, por exemplo nas províncias de Gaza, Manica e Nampula mas não em Zambézia. Em finais de 2010 todas as províncias já tinham seus planos provinciais elaborados e iniciado o processo de elaboração de planos distritais. Contudo, de acordo com a ACA de 2010, estas comissões estavam cumprindo moderadamente as suas atribuições e com desempenho bastante variável na cobertura e qualidade.<sup>181</sup> Os resultados da vista de auscultação realizada em Marco de 2013, indica que as Comissões Distritais, na maioria dos casos, funcionam de forma superficial, ad hoc, e ainda não apresentaram resultados tangíveis, a parte a dedicação de alguns indivíduos/funcionárias que respondem prontamente as solicitações de nível provincial em matérias de facilitação de encontros e de alguma informação local.

<sup>178</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.16

<sup>179</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.16

<sup>180</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.16

<sup>181</sup> CNCS - *Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades*. Maputo. 2011.



### ***Grau de cumprimento do princípio dos Três Uns***

Os dados reportados referem que apesar da área de coordenação constituir prioridade, o princípio de - Um único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação - não estava a ser seguido na íntegra pelos parceiros nacionais e internacionais no segundo ano da implementação do PEN III.<sup>182</sup>

Todos os parceiros e redes de organizações da Sociedade Civil, Sectores Público e Privado que foram entrevistados durante a ACA do CNCS relativo ao ano 2011 afirmaram usar o PEN III para a definição das suas metas e elaboração de planos de actividades. Todos afirmaram interagir com o SE-CNCS numa base regular quer para planificação quer para resolução de problemas, mas o sistema de M&A do SE-CNCS não estava a ser utilizado por todos os intervenientes da resposta nacional ao HIV e SIDA. Todos reconheceram dispor de um sistema de M&A próprio e que partilham com o SE-CNCS aquelas informações que consideram pertinentes.<sup>183</sup>

Relativamente aos parceiros nacionais e internacionais que actuam nas províncias, em Cabo Delgado, por exemplo, reportou-se que dos 36 parceiros de implementação apenas 16 enviavam os relatórios de actividades que respondem ao princípio dos Três Uns. Apesar de se saber que existem planos elaborados por alguns destes parceiros, não era possível saber se estavam a ser elaborados de acordo com as metas do PEN III, muito menos se estes seguem as directrizes de tratamento de informação (M&A) aprovadas.<sup>184</sup> esta constatação foi reconfirmada durante o processo de visitas de auscultação as províncias de Maputo, Gaza, Tete, Zambézia e Niassa, no contexto da actual avaliação.

Numa perspectiva geral, conclui-se que, salvo poucas excepções (por exemplo o sistema das Nações Unidas), os parceiros nacionais e internacionais não partilhavam os seus planos de actividades com o CNCS, os NPCCS e/ou a Administração Distrital (Ponto focal do distrito). A maior parte das organizações parceiras também não enviam os relatórios, e quando o fazem, estes são enviados apenas para os Ministérios da Saúde (MISAU), da Mulher e Acção Social (MMAS) ou outros que tem a tutela das suas áreas de actuação. Em suma, não foi constatado cumprimento do princípio dos Três Uns, na medida em que foi constatado que não era feita uma planificação conjunta e inclusiva a todos os níveis (Sede, provincial e distrital).<sup>185</sup>

### ***Lobby e advocacia junto ao Sector Privado***

O primeiro ano de implementação do PEN III (2010) foi marcado pela realização de encontros de lobby e advocacia que culminaram com o estabelecimento do Grupo Nacional do Sector Privado, com responsabilidades para apoiar a mobilização, coordenação e orientação dos demais grupos que trabalham com o sector privado na matéria do HIV e SIDA.<sup>186</sup> No sector privado, o CNCS adoptou uma abordagem de trabalhar indirectamente através da EcoSIDA. Como resultado, em 2010 houve mais 215 empresas com programas de resposta ao HIV/SIDA. No mesmo ano, a EcoSIDA iniciou programas-piloto em três províncias para ganhar a participação do sector informal.<sup>187</sup> Os resultados iniciais das actividades de lobby revelaram que apesar dos avanços na organização do sector privado, alguns dos gestores das empresas privadas, sobretudo as de tamanho pequeno ou médio,

<sup>182</sup>CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo., Abril de 2012, p.25

<sup>183</sup>Idem

<sup>184</sup>Ibidem

<sup>185</sup>CNCS (2012) , op cit. p.25

<sup>186</sup> CNCS - Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo,2011.

<sup>187</sup> CNCS - Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo,2011.



relutam em aderir a iniciativas tendentes a implementação de actividades, desenvolvimento de políticas e programas de resposta ao HIV e SIDA voltada para os trabalhadores e suas famílias.<sup>188</sup>

### ***Integração de género e HIV nos planos sectoriais***

No segundo ano de implementação do PEN III, através de uma articulação com o MPD, o SE-CNCS actualizou a matriz orientadora dos assuntos transversais, de acordo com visão estratégica do PEN III. A matriz serviu para apoiar os sectores chave na fase de elaboração dos respectivos PES 2012 e foi usada para de um lado, facilitar a análise das matrizes dos planos sectoriais produzidas no âmbito do exercício da operacionalização de nível central, assegurando a que os aspectos inerentes à componente de Género estejam reflectidos nos planos elaborados e, doutro lado, facilitar/orientar a reflexão para criar a plataforma de coordenação dos grupos alvo, com ênfase para a mulher e rapariga, e a criação de condições para a orçamentação dos planos sectoriais também na óptica de género.<sup>189</sup> A nível provincial há reporte de que conseguiu-se, de igual modo, integrar assuntos de género e de HIV e SIDA dentro dos POPs, PESOP e PESOD. Todavia, o grau de implementação esteve dependente do financiamento disponível. Na avaliação conjunta anual de 2011, os NPCCS referiram que, no âmbito do conceito de colaboração multisectorial, tentam apoiar e facilitar, mas os sectores contudo clamam pela diversidade e especificidade de cada uma das instituições (o grupo multisectorial é composto por organizações e instituições que desenvolvem outras áreas de actividades e não somente a área do HIV e SIDA).<sup>190</sup>

### ***Principais Desafios na área de coordenação***

A julgar pelos dados reportados, durante o período de implementação do PEN III, a área de coordenação apresenta um fraco desempenho, em associação aos seguintes desafios:

- A decisão de cessar o financiamento do CNCS aos subprojectos e de transferir essa responsabilidade para outros intervenientes exige a identificação de um agente executivo adequado. O realinhamento além de inviabilizar certas actividades programadas pelo POA 2010 criou, inadvertidamente, uma série de problemas estratégicos e operacionais: i) agravamento do problema de sistemas diversos; ii) desautorização das Comissões de Avaliação de Projectos ao nível das províncias, obstaculizando o desenho e execução de estratégias provinciais para a resposta ao HIV e SIDA; iii) eliminação da alavanca financeira que o CNCS tinha para exigir a cooperação dos subprojectos, o que minou não somente a monitoria e avaliação (M&A) mas também a capacidade do CNCS de exercer a sua função de coordenador da resposta nacional ao HIV/SIDA;
- O princípio dos Três Uns (Um único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação) adoptado pelo PEN III<sup>191</sup>, não chegou a ser efectivamente operacionalizado;
- Ao longo do período em avaliação, a área da coordenação viu-se confrontada com duas questões chave: por um lado, a redução do financiamento para as a resposta em geral, o que fragilizou sobremaneira o desdobramento das componentes de apoio à implementação das actividades terapêuticas e outras de maior visibilidade. Por outro lado, a focalização da resposta em actividades centradas nas abordagens biomédicas, a

<sup>188</sup> CNCS - Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo, 2011.

<sup>189</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.19

<sup>190</sup> CNCS - A Resposta Nacional ao HIV e SIDA. Avaliação Conjunta Anual (ACA 2012). Maputo. 2013.

<sup>191</sup> CNCS - Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades. Maputo. 2011;

despeito de um reconhecimento generalizado do peso que as componentes de prevenção e comunitária em geral ainda têm e terão numa realidade como a de Moçambique, onde o recurso às unidades sanitárias exige mobilização e apoio social, criação de demanda e mecanismos comunitários de reforço a adesão.

- A redução do financiamento veio a sentir-se mais nas componentes de prevenção e comunitária, o que levou a que grande parte das organizações nacionais, sobretudo as de base comunitária, desaparecessem ou perdessem sobremaneira as suas estruturas funcionais com a natural busca de melhor enquadramento pelos seus colaboradores. Com a escassez do financiamento da maioria das organizações deu-se, como consequência, a redução da participação dos representantes das organizações da sociedade civil moçambicana nos fóruns de coordenação e concertação em torno da problemática do HIV e SIDA no país e, de algum modo, a redução destes eventos.
- Ao nível do Distrito é notória a implantação dos Pontos-focais cuja acção, ainda que tímida, demonstra ser promissora. Estes agentes, apesar de institucionalizados a partir de uma Ordem de Serviço do Ministério da Administração Estatal (MAE), esbarram com o facto de dependerem muito do tipo de pessoa investida de Administrador ou Secretário Permanente Distrital e não de um sistema implantado e por consolidar que mostra que poderá por si suste-se e perdurar. Igualmente, constata-se que o Ponto-focal distrital, apesar de se lhe incumbir tarefas gigantes de dinamização da Coordenação no Distrito, ocupa-se desta responsabilidade a tempo parcial ou esporadicamente e em muitos casos sem a devida formação sobre a essência e espírito do que a actividade acarreta.
- Quase todos os pontos focais entrevistados durante o processo de auscultação para esta avaliação indicaram continuar a dedicar pouco mais de 30% do seu tempo para lidar com aspectos relacionados com o mandado de coordenação de intervenções na área de HIV e SIDA a nível distrital. Na província de Gaza foi feita uma pesquisa que corrobora esta constatação<sup>192</sup>. Ao longo do processo de auscultação e em alguns relatórios anteriores, foi também constatado que, quando o Ponto Focal (inclusive o de nível provincial) é dinâmico, criativo e competente ele é desviado para outras actividades, nomeadamente, de assessoria ao Governo entre outras tarefas e, portanto, mais apetecíveis do ponto de vista de visibilidade e prestígio, que os afastam da coordenação da resposta ao HIV.<sup>193</sup>
- Por fim, o PEN III orientava para que o CNCS, como líder e coordenador da resposta, fosse reforçado, através de clareza política e organizacional a todos os níveis – nacional, provincial e distrital. Excluindo o esforço da colocação dos Pontos-focais de coordenação de HIV e SIDA que não sendo funcionários directos do CNCS, articulam ao nível do Distrito a função de coordenação, o CNCS mantém-se como antes, tendo inclusive no percurso que vai desde essa orientação a esta parte, passado por uma análise funcional inconclusiva (ainda) mas que ao nível do pessoal terá criado alguma perturbação e instabilidade, dado não ter clarificado a posição do colaborador do CNCS nas carreiras da Função Pública. No âmbito do processo de auscultação para a corrente avaliação do PEN III, foi evidente, em pelo menos 3 províncias, a falta de motivação e

<sup>192</sup> JICA (2012) - Projecto de Fortalecimento das Capacidades de Coordenação do NPCS para a Resposta ao HIV na Província de Gaza. Relatório de Descentralização 2012.

<sup>193</sup> CNCS - Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011. Maputo. Abril de 2012, p.81

engajamento dos coordenadores provinciais, alguns dos quais ocupam dupla ou tripla funções em outros sectores.

- Enquanto isso e também com implicações nos esforços da coordenação esteve a emanação de orientações para o tratamento das questões a que Moçambique subscreveu e se vinculou quando da Reunião de Alto Nível (UNGASS plus 10). Estas orientações vieram sobrepor-se aos esforços de articulação da agenda do PEN III e com medidas e metas de indicadores muito acima do que este documento aprovado pelo Conselho de Ministros apresenta. Moçambique terá sido o primeiro país a pronunciar-se favoravelmente à adopção daquelas medidas, mas não há evidências, para além do discurso político, de se ter elaborado um plano nesse sentido. Tal acção exigiria que o Conselho de Ministros fizesse uma nova apreciação ao PEN III e aprovasse uma emenda de modo a formalizar essa posição superveniente, o que não aconteceu. A única evidência que se tem da materialização daquelas medidas em documento está no Plano de Aceleração do Tratamento produzido mais tarde pelo MISAU e em implementação, que adoptou as metas do encontro de Alto Nível e com todas as dificuldades que isso acarreta procura assegurar o seu alcance.

*Matriz de Resultados 17: Componentes de Suporte – Coordenação*

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação / Resultados</b>
17.1. Envolvimento das lideranças ao mais alto nível na resposta ao HIV e SIDA	17.1.1. Estendida a representatividade Multissectorial do CNCS	Realizado. Inclusão dos Ministérios da Cultura, Agricultura e Administração Estatal no Conselho Directivo do CNCS.
	17.1.2. Concluído processo de realinhamento do CNCS/SE	(s/i)
17.2. Resposta Multissectorial ao HIV e SIDA efectivamente coordenada	17.2.1. Fóruns de coordenação multissectoriais funcionais a nível Central, Provincial e Distrital	Parcialmente realizado. Ao nível Distrital está-se em processo de organização das competências e funcionalidade dos Pontos-focais. A nível Central e Provincial os fóruns foram realizados, carecendo seguimento das recomendações.
	17.2.2. Canais de comunicação entre os diferentes níveis de execução da resposta, tanto no âmbito interno do governo, como do governo com a sociedade civil e parceiros criados e funcionais	Não realizado. Ainda não há uma percepção única e consolidada do papel do CNCS entre os parceiros. Isto é agravado pela crise de financiamento à sociedade civil que gera instabilidade e fragiliza os fóruns de coordenação.
	17.2.3. Facilitada maior coordenação e funcionalidade entre pontos focais e/ou responsáveis técnicos da área do HIV e SIDA, género e outras temáticas transversais no sector público, privado e civil	Há avanços consideráveis nessa direcção com a liderança que o MPD e o CNCS têm investido neste domínio, mas a participação das organizações da sociedade civil e do sector privado está a quem de viabilizar o trabalho definitivo e consolidado de produção deste produto
17.3. Reduzida a sobreposição de actores e lacunas operacionais em termos de cobertura das intervenções	17.3.1. Plataforma de coordenação Multissectorial ancorada no CNCS/SE	Parcialmente realizado. Persiste a necessidade de clarificar sobre os vectores de coordenação e hierarquias entre os mecanismos que existem no país nesse sentido. Um exemplo nítido é o MCP do Fundo Global.
	17.3.2. Princípios dos 3 Uns Observados	Não realizado. Impõe-se maior articulação da missão e visão institucional do CNCS junto de todos os sectores.

## V.2. Monitoria e Avaliação

O PEN III segue a abordagem de gestão baseada em resultados para a resposta nacional. Ao privilegiar esta abordagem, o sistema de M&A deveria garantir que todos indicadores estabelecidos (de execução ou de resultados e impacto) sejam medidos. Isto pressupunha a obtenção de linhas de base, continuidade de seguimento dos progressos e estabelecimento de avaliações no espírito de complementaridade e evitando duplicações. Os sistemas de informação de rotina deveriam ser reforçados para dar luz à crescente demanda por dados de qualidade.

Nesta subcomponente, a implementação do PEN III focalizou-se nas seguintes intervenções:

- i) estabelecimento de um sistema de monitoria e avaliação do PEN III;
- ii) elaboração de ferramentas orientadoras em M&A;
- iii) reactivação e consolidação do Grupo Técnico Multisectorial de Monitoria e avaliação (GTM&A);
- iv) realização de visitas de supervisão;
- v) treinamento em M&A;
- vi) pesquisa e documentação ; e
- vii) operacionalização da base de dados.

A gestão baseada em resultados que o PEN III adoptou impelia à componente de Monitoria e Avaliação que procedesse à medição realista dos resultados da resposta e do seu impacto em função das metas estabelecidas e cruzadas com os progressos registados periodicamente no terreno.

Mas é importante anotar-se que, como pressuposto de partida, reconhecia-se a inexistência de linhas de base em muitos dos indicadores. Ao mesmo tempo, atendendo a multiplicidade dos indicadores usados para documentar a resposta ao HIV e SIDA, impunha-se a sua hierarquização e a eleição daqueles cujo seguimento e medição daria substância aos propósitos e expectativas levantadas em terno da resposta nacional. Não há evidências de este exercício ter tido lugar.

Assim, a planificação que se esperava e orientada para resultados baseou-se num processo inacabado e inconsequente. Com efeito, os planos operacionais produzidos (dos que a avaliação teve acesso) cobriam os primeiros dois anos de implementação. A maior parte destes planos ou reunia indicadores incompletos e ou com uma total ausência de linhas de base, bem como com uma orçamentação cuja base metodológica para os cálculos dos custos não era conhecida. Em acréscimo, anote-se que alguns destes planos sobrestimavam de custos e projecção ambiciosa do resultados que se pretendiam alcançar, partindo da presunção de que haveria uma fonte externa de financiamento (em alguns casos, o orçamento calculado para o plano de HIV superava a dotação anual do orçamento do Estado para esse sector), quando o espírito sustentado no PEN III assentava na filosofia da integração sectorial (Mainstreaming), esperando-se que o financiamento fosse uma equação a ser resolvida da partilha interna dos recursos alocados ao sector pelo Estado.

A informação acima documentada deixa sustentar que se partia de uma base difícil para estruturar um Plano de Monitoria e Avaliação Orçamentado, tal como recomendava o PEN III. Não há evidências de que este Plano tenha sido alguma vez estruturado. Basta referir que o próprio documento do PEN III só viria a conhecer a sua orçamentação concluída já no decurso de 2013.

Mas apesar de tudo isto, é de se registar um esforço para a sistematização dos indicadores de monitoria e avaliação da resposta nacional, ainda que a alta mobilidade de quadros nesta área aliada à fraca oferta de quadros com experiência aos sectores tenham tornado o exercício difícil. Apesar de uma importância estruturante na gestão de programas, a área de monitoria e avaliação ainda carece de uma advocacia para conquistar a dimensão que deverá merecer nos níveis mais altos de tomada de decisão.

### ***Estabelecimento de um Sistema de Monitoria e Avaliação***

A implementação do PEN III iniciou enquanto estava no fim a implementação das actividades constantes do Plano Integrado e Orçamentado de Monitoria e Avaliação (PIMA 2008-2010) bem como o acompanhamento das 12 componentes nela preconizada. Em 2010 iniciou o processo de desenho do Sistema de M&A do PEN III e actualização do PIMA.<sup>194</sup> Em 2011 foi efectuada a avaliação do PIMA 2008-2010 tendo se constatado um grau de cumprimento de cerca de 60%. A vigência do PIMA foi estendida até a aprovação e entrada em vigor do novo SM&A.<sup>195</sup> No âmbito do estabelecimento do SM&A do PEN III o resultado de realce foi a elaboração e validação da matriz dos indicadores do SM&A do PEN III que visa acompanhar a evolução da epidemia do HIV e SIDA; e progresso das acções e intervenções em 2012, apesar de ter sido um investimento inconclusivo, pois o sistema não se prestou ao que estava preconizado.<sup>196</sup>

### ***Reactivação e consolidação do Grupo Técnico Multisectorial de M&A***

Foi funcionalizado o Grupo Técnico de Multisectorial de M&A o destaque vai para a realização de encontros do grupo a nível central com realce para o encontro de planificação anual para 2010 realizado em Abril no Distrito da Namaacha bem como encontros para a validação do relatório do INSIDA. Realizados encontros do Grupo Técnico Multisectorial de M&A (GTM&A) a nível central para validação de novas estimativas sobre a infecção de HIV e SIDA em Moçambique (2009 - 2015). Em 2010, nalgumas províncias como Niassa, Zambézia e Manica, foram reactivados os GTM&A o que representa um grau de cumprimento de cerca de 27%. Trata-se de um progresso dado que apenas o Grupo Técnico central estava em funcionamento no ano anterior.<sup>197</sup> No ano de 2011, 8 das 11 províncias do país já tinha um GTM&A. Nesse mesmo ano não existia um GTM&A em Nampula e Cabo Delgado; e era considerado fraco na Zambézia.<sup>198</sup> Usando os grupos reactivados, ao nível das províncias foi feita a disseminação dos resultados do INSIDA em Niassa, Sofala, Cabo Delgado e Manica. Paralelamente a estas acções, foi feita a divulgação do INSIDA e PEN III ao nível das províncias e distritos, com vista a prover as pessoas de maior conhecimento sobre questões relacionadas ao HIV e SIDA para uma melhor resposta a todos os níveis.<sup>199</sup>

### ***Realização de Visitas de Supervisão***

Os dados reportam que em 2011 foi possível realizar visitas de supervisão que abrangeram 8 províncias (com a excepção de Tete, Sofala e Maputo Província) com o objectivo principal de capacitar, aprofundar e acompanhar o progresso do POP e PIMAP. Durante as visitas constatou-se a fraca monitoria por parte das províncias devido a demora no desembolso de fundos para custos operacionais, difícil acompanhamento do POA e do PIMAP, não-

<sup>194</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.24

<sup>195</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.30

<sup>196</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.25

<sup>197</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.24

<sup>198</sup> CNCS - *Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades*. Maputo: 2011; p.11

<sup>199</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.25



alinhamento entre as áreas Financeira e programática que culminou com fraco cumprimento dos planos de trabalho.<sup>200</sup>

### **Treinamento e Descentralização em M&A nas províncias**

Em 2011 foi iniciado o processo de desenvolvimento do Curriculum em Monitoria e Avaliação para a formação de formadores cujo objectivo principal era desenvolver capacidades Monitoria e Avaliação na área M&A, onde deveriam participar técnicos das (3) províncias. No âmbito de fortalecimento das capacidades na área de M&A foram formados 8 (oito) técnicos dos NPCS da zona Sul e 6 (seis) técnicos da sede como formadores em matérias de M&A. Ainda no quadro de fortalecimento da área de M&A, em parceria com a ONUSIDA e USAID – MEASURE Evaluation, foram contratados consultores para o desenho do Curriculum Básico de M&A que visava orientar as acções de M&A no País na área do HIV e SIDA.<sup>201</sup>

Desta forma, reconhece-se ter havido esforço de formação de quadros no domínio da monitoria e avaliação, mas este esforço peca por não ter sido extensivo a todos os sectores da resposta nacional. Esta falta de abrangência do investimento de criação de capacidades faz com que a monitoria e avaliação seja menos visível, sendo que o Grupo Temático que junta técnicos com experiência neste área tende a desaparecer o que enfraquece os esforços para uma plataforma de monitoria e avaliação concordada e apoiada a vários níveis e sectores.

### **Operacionalização da base de dados e mecanismos de reporte**

Antes do início da implementação do PEN III, o CNCS já dispunha de uma base de dados não funcional. A inoperacionalidade da Base de Dados deveu-se ao fraco comprometimento da liderança e ao fraco domínio dos procedimentos programáticos por parte de alguns técnicos da área programática e não funcionamento dos GTM&A. Foi reportada a necessidade de desenvolvimento de acções de advocacia, no sentido de se criar uma obrigatoriedade aos parceiros para alimentarem o sistema de M&A da resposta nacional de combate ao HIV e SIDA. Os dados reportam que os relatórios são elaborados numa base trimestral e servem para prover informação sistemática e analítica sobre a Resposta Nacional.<sup>202</sup>

A alimentação permanente da base de dados de M&A tornou-se problemática a nível central (onde não ocorria nenhuma) e a nível provincial (onde era incompleta e fraca). Parcialmente, por causa da fraqueza ou não existência de dados ao nível central, os relatórios semestrais e anuais eram fracos, pouco analíticos e de uma abrangência muito inconsistente de província a província. Os mesmos foram reportados como não possuindo a mesma estrutura e tópicos nem apresentarem indicadores do nível e tendência da cobertura da população alvo Segundo os encarregados da M&A do CNCS entrevistados na avaliação de 2010, era comum que houvesse dupla contagem, sobretudo de COVs e pessoas em TARV. Faltava um documento orientador para a estrutura e conteúdo desejado para os relatórios.<sup>203</sup>

<sup>200</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.24 & CNCS (2012) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.25

<sup>201</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.25

<sup>202</sup> CNCS (2011) *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.25

<sup>203</sup> CNCS - *Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades*. Maputo, 2011; p.11



Em relação a base de dados, foram desenvolvidas acções de advocacia e capacitação ao nível das províncias com vista a melhorar o entendimento sobre a Base de Dados. Neste sentido, foi dado suporte técnico aos NPCCS da zona Centro e Sul como parte das acções levadas a cabo para o fortalecimento das capacidades na área de M&A durante o ano de 2011. Através das visitas feitas às províncias concluiu-se que a reactivação dos GTM&AP seria fundamental para a operacionalidade deste Base de Dados, para além de maior conhecimento de conteúdos programáticos. Do outro lado, há que salientar que persiste a necessidade de desenvolvimento de acções de advocacia no sentido de se criar uma obrigatoriedade / compromisso aos parceiros para alimentar o sistema de M&A da resposta nacional de combate ao HIV e SIDA. Contudo, notou-se uma melhoria na comunicação entre o CNCS e os grandes parceiros de implementação, esperando que o instrumento desenhado pelo CNCS sobre a obrigatoriedade de reporte da informação, e que aguarda aprovação, traga melhorias profundas neste sentido.<sup>204</sup>

### ***Desafios da área de Monitoria e Avaliação***

Alguns dos desafios identificados na área de monitoria e avaliação incluem:

- Dada as novas necessidades do CNCS para informação e análise, as secções de M&A nos Núcleos Provinciais de Combate ao SIDA ressentem-se da falta de pessoal com maior capacidade para analisar a eficiência e eficácia dos subprojectos em vez de somente entrar dados. À medida que a organização da resposta se descentraliza, surge a necessidade de maior capacitação para avaliar a qualidade e o conteúdo dos programas sectoriais e a sua execução. Para tal, os indicadores de “feito” ou “não feito” não bastam e nem cumprem a missão de providenciar bases informadas para alimentar os ciclos de planificação ou reorientação das intervenções.<sup>205</sup>
- Uma fraca monitoria aos distritos por parte das províncias devido essencialmente à exiguidade de fundos para custos operacionais;
- Fraco acompanhamento do POA e do PIMAP, uma vez que grande partes das províncias tem implementado as actividades de forma esporádica dificultando a posterior a avaliação das actividades que estavam planificadas;
- Não-alinhamento entre as áreas financeira e programática que culmina no fraco cumprimento dos planos de trabalho;
- Morosidade e relutância no envio ao CNCS de relatórios de actividades realizadas no quadro da resposta ao HIV e SIDA e fraca actualização do mapeamento das acções de combate ao HIV e SIDA limita a qualidade da informação produzida sobre a resposta nacional ao HIV e SIDA;
- Fraca colaboração dos diferentes actores na monitoria financeira e programática dos subprojectos, planos e programas de combate ao HIV e SIDA;
- Fraca capacidade, por falta de meios ao nível local, para realizar acções de M&A programática e financeira; e

<sup>204</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.25

<sup>205</sup> CNCS - *Avaliação Conjunta Anual do POA 2010. Grandes Desafios e Férteis Oportunidades*. Maputo: CNCS, Abril 2011; p.12 &CNCS (2012) *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo. 2012, p. 25/38

- Ainda entre as recomendações deixadas pelo PEN III no subcapítulo da monitoria e avaliação, constava a de se articular uma coordenação com o INE para a harmonização dos períodos dos inquéritos de Vigilância Epidemiológica e comportamental com os populacionais (IDS, IBSS, INSIDA), como forma de usar esses dados para a avaliação intermédia da implementação do PEN III. Não há evidências de concretização desta recomendação, mas atendendo que estes inquéritos exigem especialização técnica ao mesmo tempo que se mostram bastante onerosos a sua previsibilidade em período de cinco anos não se mostra garantida, sendo assim um risco poder enunciá-los como instrumentos seguros para usá-los em concreto na avaliação intermédia ou final da implementação de um plano como é o caso do PEN III, se garantir a disponibilidade de recursos financeiros para a sua materialização.

Matriz de Resultados 18: Monitoria e Avaliação

Resultado	Produtos	Ponto de Situação / Resultados
18.1. Resultados do PEN III devidamente monitorizados e avaliados	18.1.1. Produzidos os relatórios de balanço periódicos de forma regular	Há relatórios trimestrais produzidos, mas não são analíticos e nem tem linhas de base.
	18.1.2. Relatórios de avaliação de meio-termo e final produzidos e partilhados atempadamente	Este será o primeiro relatório de Meio-Termo do PEN III
18.2. Recomendações dos sistemas de M&A integrados nos planos sectoriais	18.2.1. Produzidos e divulgados instrumentos reguladores e facilitadores da coordenação e da participação dos actores nas actividades de M&A	Esta acção tem vindo a acontecer, mas exige maior sistematização para tornar-se relevante e efectiva.
	18.2.2. Mecanismos de disseminação de resultados de M&A estabelecidos	Não foram estabelecidos claros mecanismos de disseminação dos resultados de M&A.
18.3. Usadas evidências publicitadas para reorientar as intervenções através dos planos sectoriais	18.3.1. Recursos humanos capacitados ao nível do sector público, privado e sociedade civil em matérias de M&E	Foram realizadas sessões de capacitação dos funcionários do CNCS, com fraco envolvimento dos demais sectores.

### V.3. Pesquisa Operacional

Houve reconhecimento generalizado de que a monitoria do PEN III deveria ser orientada pela evidência, sendo imperiosa a promoção da pesquisa-acção e/ou utilitária. No decurso da implementação do PEN III houve algum esforço para o estabelecimento de uma plataforma de aproveitamento da pesquisa operacional. Porém, não tendo havido um exercício sistemático e institucionalizado, as mudanças de liderança e de foco havidas ao nível do Ministério de Ciência e Tecnologia, órgão a quem cabia a articulação desta componente, não terão permitido que a abordagem iniciada conhecesse continuidade. Apesar disso, nota-se um crescimento na produção de conhecimento na área do HIV e SIDA, sendo prova disso as evidências documentadas quando das Jornadas Científicas de Saúde organizadas em 2012 pelo Instituto Nacional de Saúde que trouxeram ao de cima a riqueza em estudos e experiências consolidadas sobre o HIV e SIDA e entendimento das suas múltiplas manifestações no tecido social. Ainda assim, falta estabelecer com clareza como esse manancial de informação deverá ser usado para informar a implementação estratégica do PEN e de outras estratégias nacionais na área da saúde de um modo geral.

**Coordenação de Pesquisas e Elaboração de relatórios sobre o País**

Nesta área reportam-se as seguintes actividades e resultados: i) produzido o relatório de Medição de Gastos em SIDA; ii) elaboração e submissão as Nações Unidas do relatório de progresso da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA (UNGASS) 2008-2009, iii) divulgados dados do Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (INSIDA 2009); actualização do programa nacional de pesquisas e estudos operacionais, actividade com fim previsto durante 2012; iv) preparação dos relatórios sobre o Inquérito Demográfico de Saúde (IDS), Behavioural Sexual Survey (BSS) e estimativas sobre o nível do impacto do HIV e SIDA em Moçambique; e v) lançamento em parceria com USAID do protocolo para a realização do estudo sobre os Grupos de Alto Risco.<sup>206</sup>

**Matriz de Resultados 19: Pesquisa Operacional**

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação Resultados</b>
19.1. Planos anuais dos vários sectores implementados com base em evidências da evolução anual da resposta	19.1.1. Implementados e divulgados temas e prioridades de pesquisa através do PNI	Foi um processo iniciado mas acabou não tendo continuidade.
19.2. Aumentado o número de instituições e organizações que planificam com base em evidências	19.2.1. Mecanismos de disseminação dos resultados das pesquisas e estabelecidos	As Jornadas Científicas organizadas pelo INS têm servido de espaço de divulgação que vai ao encontro deste produto, ainda que carecem de uma adequada articulação no contexto do PEN III.
19.3. Conhecidos os contornos e comportamentos da epidemia, e qualidade da resposta à epidemia	19.3.1. Realizada e actualidade a pesquisa-acção visando entender diferentes configurações da epidemia e permitir o aperfeiçoamento das intervenções no âmbito de uma resposta nacional efectiva ao HIV e SIDA;	Foram realizadas algumas pesquisas visando gerar conhecimento sobre as populações chave, com apoio de alguns parceiros como o governo americano. (Pesquisa sobre trabalhadoras de sexo, sobre Mineiros e Homens que fazem sexo com Homens).

**V.4. Fortalecimento de Sistemas**

O PEN III assume como um dos pressupostos para o alcance dos objectivos e metas que preconiza, o fortalecimento dos sistemas. Assim, sustenta que o sistema de saúde deve ser apetrechado e expandido nas suas vertentes de infra-estruturas, recursos humanos, sistemas de monitoria e avaliação, sistema de informação e recursos financeiros num cenário de aumento cumulativo do número de indivíduos que precisam de atenção de forma continuada.

Ao nível das instituições do **sector público e sector privado**, o PEN III sustenta que, para aqueles sectores que têm uma ampliada capacidade de alcançar outros grupos populacionais e grande número de beneficiários, como a Função Pública, Educação, Juventude e Desportos, Agricultura, Mulher e Acção Social, Defesa, Interior, Grandes e Médias Empresas, devem ser reforçados os investimentos com vista a assegurar uma adequada e consistente integração das componentes do HIV e SIDA nos planos sectoriais e rotinas de intervenção, com especial enfoque para aquelas componentes temáticas para as quais os sectores acrescentam exponencial valor na resposta nacional ao SIDA.

<sup>206</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.25  
Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

Enquanto isso, ao nível da **Sociedade Civil** como um todo, incluindo associações de pessoas vivendo com o HIV e SIDA, as organizações comunitárias de base e instituições religiosas, o PEN III sustenta que a capacidade organizacional destes deve ser reforçada, incluindo os seus sistemas e procedimentos de gestão programática e financeira, sobretudo entre as ONGs nacionais, ao mesmo tempo que se preserva a sua capacidade de mobilização social e entrosamento com as comunidades e famílias.

Igualmente, o PEN III defendia para estas organizações o reforço da sua capacidade de advocacia e representação dos interesses das suas múltiplas constituências de modo a ampliarem o impacto da sua voz nos diversos fóruns de concertação de abordagens sobre a resposta colectiva ao HIV e SIDA. As redes e plataformas nacionais, provinciais e distritais de organizações da sociedade civil devem ser privilegiadas como pontos de entrada para o processo de reforço das capacidades dos actores e instituições da sociedade civil.

O ponto de partida para a aferição das realizações acontecidas no período de vigência do PEN III apresenta um constrangimento sério: o da falta de linhas de base, ou de um indicador que permita visualizar para efeitos de mensuração o ponto de situação anterior à implementação do Plano. Essa ausência faz com que não se possa afirmar categoricamente o que é efectivamente um investimento inerente a este período, sem, todavia, incorrer-se em riscos de sobrestimar ou subestimar o esforço investido.

Outro problema e que é também extensivo a outras áreas temáticas sobre as quais esta avaliação incide é a ausência de um Plano Operacional em concreto que traduza as direcções e orientações estratégicas do PEN III para algo comprometedor sobre a qual se torne fácil estabelecer linhas e relações de causa e efeito. Assim, assumir-se-ão dados acontecidos ao longo da vigência do PENIII ainda que não necessariamente associados a esse período ou mesmo às orientações que documento preconiza.

Desde a aprovação do PENIII e sua entrada em vigência, o Sector de Saúde conheceu algum crescimento na sua rede de infra-estruturas, traduzido na reabilitação ou construção de novas plantas e instalações. Este investimento combinado com outras abordagens estratégicas, como sejam, a transferência de responsabilidades dos clínicos para técnicos de saúde em termos de administração do TARV e do PTV, permitiram que estes serviços fossem expandidos para mais unidades sanitárias na extensão do país. Isso traduziu-se no aumento de beneficiários nestes programas.

Enquanto isso, reconhece-se a necessidade de melhoria de outras áreas do sistema de saúde, como sejam, os instrumentos e equipamentos de medição laboratoriais, reportados como tendo conhecido avarias sistemáticas, os sistemas de monitoria e gestão de informação, incluindo o complexo sistema de gestão da cadeia de aprovisionamento e distribuição de fármacos e artigos de saúde. Outra área que deverá merecer atenção é a dos laboratórios e farmácias.

Ao nível dos sectores do governo, iniciou-se um exercício de integração do HIV e SIDA nos planos sectoriais, o que se traduziu em investimentos a partir da despesa pública para sustentar as actividades que esta problemática encerra. É certo que este processo de integração varia de sector para sector e é condicionado muitas vezes pelo dinamismo do ponto-focal, combinado com a sensibilidade e apoio obtidos da liderança e não ainda de um processo sistémico e funcional.

A adopção de uma estratégia de combate ao HIV e SIDA para os funcionários e agentes do Estado pela Função Pública e sua aplicação para os problemas decorrentes no local de trabalho e associados a problemática de HIV e SIDA veio dar ainda um cunho de advocacia mais revigorante à integração do HIV e SIDA no local de trabalho.

O elo mais fraco da determinação de fortalecimento dos sistemas, no contexto da vigência do PEN III, terá sido ao nível da Sociedade Civil. Com efeito, ainda que a Sociedade Civil tenha esboçado um Plano Estratégico e Operacional para dar seguimento às recomendações do PEN III, este documento acabou sendo apenas uma declaração de intenção. Ao longo da vigência do PEN III, tem-se assistido a desagregação e desaparecimento de organizações da sociedade civil moçambicana engajados na resposta ao HIV e SIDA, dados os constrangimentos de financiamento e apoio institucional motivados pela crise financeira internacional, o que perturbou a coesão que se pretendia firmar e a busca mecanismos de articulação da resposta comunitária como uma estrutura indispensável de dinamização, apoio e suporte a uma resposta nacional ao HIV e SIDA que seja mais holística.

Igualmente importante, é o facto de o investimento em capacitação institucional feito para as organizações da sociedade civil, sobretudo em aspectos de gestão de programas, de monitoria e gestão financeira, não poderem ser documentados. O grosso das organizações sofre uma rotação de pessoal muito acentuada. Os grandes programas de desenvolvimento que surgem ao nível provincial e que oferecem estabilidade de emprego têm sido os principais destinos dessa força laboral que encontra nas organizações da sociedade civil o seu viveiro e repositório de mão-de-obra minimamente qualificada.

Não há evidências ainda que mostram a adopção de mecanismos mais flexíveis de financiamento dos actores particularmente os de base comunitária. O alinhamento com o ESISTAFE que o PEN III preconizava continua muito a nível experimental não permitindo que ilações objectivas e finais sejam feitas a este nível e estágio.

*Matriz de Resultados 20: Reforço de Serviços e Fortalecimento de Sistemas*

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação / Resultados</b>
20.1. Estruturas e sistemas de resposta fortalecidos no sector público, privado e comunidades	20.1.1. Mobilizados recursos a nível interno e externo para apoiar a construção/reabilitação de infra-estruturas de serviços	Há avanços assinaláveis, quer no que é a contribuição do FG, bem como de outros actores, como o Banco Mundial, entre outros.
20.2. Aumentada a disponibilidade de recursos humanos e competência técnica dos actores e implementadores para uma implementação eficaz das prioridades do PEN III	20.2.1. Aumento do número de pessoas envolvidas na provisão de serviços de resposta ao HIV e SIDA nos múltiplos sectores	Os serviços de TARV e PTV conheceram expansão com a adopção da abordagem de delegação de competências "taskshift" administrar estes serviços nas US.
	20.2.2. Estabelecidos e implementados mecanismos de parceria técnica institucional ente organizações nacionais e agências internacionais com capacidade para ajudar no desenvolvimento institucional dos actores nacionais.	Algumas ONGs internacionais deram lugar a ONGs nacionais que têm vindo a desenvolver intervenções em parceria com o Sector da Saúde – exemplos, são o CCS, Fundação Ariel Glazer, etc.
20.3. Ampliada a capacidade de aprovisionamento e logística	20.3.1. Manuais de operações, procedimentos de procura, e guiões orientadores e facilitadores da actuação dos parceiros desenvolvidos e disponibilizados aos vários níveis	Cumprido e em andamento



## V.5. Mobilização de Recursos e Financiamento da Resposta

Na área de mobilização de recursos e financiamento da resposta o PEN III tinha como principais resultados, por um lado, ver aumentada a sustentabilidade financeira da resposta ao HIV e SIDA através do aumento das dotações orçamentais do Orçamento do Estado para a resposta Multissectorial ao HIV e SIDA; e por outro, ter as prioridades do PEN III implementados com suporte financeiro adequado através da facilitação do acesso a fundos e meios para Instituições e actores e implementadores das prioridades do PEN III e através do estabelecimento dos mecanismos de financiamento de resposta funcionais e mais céleres, e adequados à realidade do país.

O facto do HIV e SIDA ter sido encarado como uma questão estrutural e de desenvolvimento exigia um cometimento político e atenção constante de longo prazo por parte do Governo no sentido de reforçar o financiamento da resposta com recurso a fundos domésticos. Além disso, para o alcance de acesso universal de serviços sustentáveis na área do HIV e SIDA no âmbito do PEN III, o desenvolvimento de cenários de previsibilidade de recursos a médio e longo prazos (cenários fiscais) para incrementar-se a credibilidade e segurança do financiamento das actividades de resposta ao HIV e SIDA inscritas nos documentos estratégicos e operacionais de consenso e, conferir uma disciplinada programação, alocação de recursos e uso racional dos recursos.

### ***Mobilização de Recursos***

Numa conjuntura de contracção de recursos disponíveis para resposta ao HIV e SIDA e outras endemias a nível global, recomenda-se um maior esforço de mobilização de recursos nacionais, seja através das linhas governamentais de financiamento, seja por via de estreitamento de parcerias com o sector privado (sector de investimentos) que tende a florescer – o da indústria extractiva que deverá ser um parceiro a não desperdiçar, sobretudo atendendo às evidências científicas e empíricas de que os investimentos que arrastam consigo massas laborais tendem a trazer efeitos colaterais sérios nos domínios da saúde e no caso vertente de Moçambique em ITS, HIV e Tuberculose. Exercícios de produção de cenários para mobilização doméstica de recursos não podem ser descuidados, ainda que seja para se ter uma imagem real das possíveis e potenciais janelas de oportunidades financeiras que podem ser accionadas com o andar do tempo de modo a minorar o problema que o sector da saúde enfrenta e enfrentará por anos ainda por vir. Paralelamente, o nível de preparação e competitividade do país para aplicar para os escassos recursos externos deve ser fortalecido, de modo a desenvolver proposta atractivas para o financiamento externo, como é o caso das janelas de oportunidades criadas pelo Fundo Global.

Impunha-se neste domínio um maior cometimento do Estado Moçambicano, expresso por um crescente aumento da provisão de recursos para a área de saúde e particularmente para cobrir as necessidades financeiras na área do HIV e SIDA. As evidências que o relatório da Medição de Gastos em HIV e SIDA <sup>207</sup> reporta não corroboram nesta direcção. Com efeito, o rastreio da despesa pública investida na área de saúde e do HIV e SIDA em particular mostra um investimento baixo e estacionário em algumas áreas e uma total ausência de alocações públicas noutras áreas chave, como são os casos do Tratamento Antiretroviral. Ainda assim, há um esforço e cometimento para com a resposta traduzida na assunção do financiamento das actividades levadas a cabo pelo CNCS, ainda que numa proporção bastante pequena para a dimensão e demanda da resposta nacional em Moçambique.

<sup>207</sup> MEGAS, 2014.



Não há evidências de esforços de mobilização de recursos junto de um sector de investimentos que tende a florescer – o da indústria extractiva, para não dizer o sector privado em geral, que deverá ser um parceiro a não desperdiçar, sobretudo atendendo às evidências científicas e empíricas de que os investimentos que arrastam consigo massas laborais tendem a trazer efeitos colaterais sérios nos domínios da saúde e no caso vertente de Moçambique em ITS, HIV e Tuberculose.

Experiências de outros países onde o HIV e SIDA constitui problema e com o desafio que a crise financeira mundial trouxe com a contínua redução de recursos nesta área, mostram que exercícios de produção de cenários para mobilização doméstica de recursos não podem ser descurados, ainda que seja para se ter uma imagem real das possíveis e potenciais janelas de oportunidades financeiras que podem ser accionadas com o andar do tempo de modo a minorar o problema que o sector da saúde enfrenta.

### ***Gestão Financeira***

No que diz respeito a Gestão Financeira, as evidências documentadas revelam que a implementação do PEN III coincidiu com dois grandes processos um interno e outro externo ao CNCS que orientaram a direcção tomada pelos Planos Operacionais Anuais (POA) do órgão coordenador, nomeadamente, o realinhamento do papel do CNCS e a descentralização dos mecanismos de gestão das finanças públicas no país. Neste contexto as prioridades do CNCS foram para 4 áreas fundamentais: i) criação de mecanismos para que os fundos de resposta ao HIV e SIDA sejam orientados e monitorados pelo CNCS, ii) fortalecimento dos processos de gestão financeira do CNCS, iii) melhoria da monitoria financeira, iv) melhorar a monitoria interna e externa através da realização de auditorias.

O desempenho do CNCS nesta área foi misto, os progressos de realce foram observados nas áreas de fortalecimento da monitoria financeira através da facilitação do processo de descentralização financeira, realização de auditorias, e na advocacia com vista a dar continuidade ao financiamento das OCBs, aspecto a ser tratado na área de mobilização de recursos e financiamento da Resposta Nacional. Os desafios permaneceram na área de criação de mecanismos para que os fundos de resposta ao HIV e SIDA fossem orientados e monitorados pelo CNCS, monitoria sistemáticas dos fundos gerais de resposta ao HIV e SIDA no país e na execução orçamental.

No que diz respeito ao fortalecimento dos processos de gestão financeira do CNCS, o início da execução do PEN III em 2010 concorreu com a cessação do financiamento de subprojectos de implementadores pelo CNCS e objectivos a que o CNCS se propôs foi de monitorar o processo de termo do financiamento de subprojectos que estavam em curso até Junho de 2011. Os dados documentados revelam que este processo foi conseguido. As avaliações de desempenho reportaram que até finais de Abril de 2011 cerca de 90% de subprojectos não tinham actividade nenhuma registada; 10% tinham alguma actividade por concluir. Reportava-se ainda que a assistência técnica contratada para proceder ao saneamento de subprojectos iniciados e não terminados estava a implementar o contrato tendo já visitado oito das onze províncias; pese embora o processo ter se arrastado devido ao número insuficiente de profissionais na Auditoria Interna nos núcleos.<sup>208</sup> Em 2012 os resultados relativos ao acompanhamento da implementação do Guião para Encerramento

<sup>208</sup> CNCS - 2011 - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo p.17/20  
Secretariado Executivo – Conselho Nacional de Combate ao SIDA

de Subprojectos ainda em curso nas províncias e distritos visitados indicavam um grau satisfatório de realização desta actividade, uma média de 80% (para uma meta de 90%).<sup>209</sup>

Na área da melhoria da monitoria financeira um dos desempenhos de destaque foi o acompanhamento e consolidação do processo de integração e operação dos NPCCS no E-Sistafe. O PEN III iniciou, como foi já referido, numa fase em que ocorria a reforma junto a descentralização das finanças públicas e o CNCS e parceiros deram especial atenção ao fortalecimento dos mecanismos de gestão dentro desse contexto. Resultados das avaliações do desempenho do CNCS para o ano 2010 indicaram que conseguiu-se operacionalizar o sistema financeiro e-Sistafe em todas as províncias e que segundo os núcleos nas províncias visitadas. Embora persistam constrangimentos operacionais, o novo sistema foi considerado melhor do que o anterior. A avaliação de 2011 no concernente a actividade - acompanhamento dos Núcleos Provinciais na utilização efectiva do e-SISTAFE – enfatizou que 100% dos NPCCS tinham acesso funcional ao E-SISTAFE e que o processo de descentralização do e-SISTAFE para os NPCCS permitiu reduzir os atrasos pois antigamente havia mais demora nos processos.<sup>210</sup> A implementação do e-SISTAFE foi acompanhada pela elaboração e implementação de normas e instrumentos importantes de gestão, nomeadamente:

- *Regulamento de Operação no e-SISTAFE pelos NPCCS – Setembro de 2010:* estabelecido no âmbito da descentralização da execução orçamental para os NPCCS com vista a operarem directamente no e-SISTAFE. O regulamento estabelece normas a serem observadas na instrução de processos de despesas, no processamento do E-Sistafe, na fase subsequente ao encerramento no sistema, bem como no encerramento dos processos administrativos. O regulamento aplica-se ao NPCCS e ou outras unidades ou entidades de nível distrital subordinadas aos NPCCS. O regulamento estabelece normas relacionadas com processos de Programação Orçamental, Financeira e Requisição de Fundos; instrução de processos de despesas; processamento de despesas no e-SISTAFE.
- *O Manual de Processos e Procedimentos da Unidade de Gestão Financeira (UGF) do CNCS em Março de 2012 e o Manual de Processos e Procedimentos Financeiros dos Secretariados Provinciais de Combate ao HIV e SIDA (SPCS) em Agosto de 2012:* ambos documentos descrevem processos internos de Gestão e Monitoria Financeira, realizados pela UGF do Secretariado Executivo do CNCS para uso da UGF e SPCS como instrumento para assegurar o desempenho das suas funções, de forma eficiente e uniforme. Os documentos incluem uma vasta gama de tópicos dos quais de destacam: Políticas e Normas Gerais (Princípios Contabilísticos, Normas de Pagamento e de Organização da Documentação, Relatórios obrigatórios, Estrutura e Responsabilidades da UGF e SPCS, Processos da Gestão e Monitoria Financeira); Processos de Planificação financeira (Elaboração do cenário fiscal de médio prazo (CFMP), Elaboração do PES-OE, Elaboração do Plano de Tesouraria Anual); Processos de execução do orçamento do Estado (Processo de Recepção de Fundos desembolsados pelos Parceiros, Aprovação das despesas, Execução da despesa no e-SISTAFE, Pagamento fora do e-SISTAFE, Encerramento do processo administrativo, Encerramento do exercício); Processos de Controlo (Contabilidade, Auditoria Externa); Processos de Monitoria (Prestação de contas ao Tribunal Administrativo, Monitoria Financeira da Resposta Nacional).

<sup>209</sup> CNCS –*Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA–2012*. Maputo. 2012, p.30

<sup>210</sup> CNCS (2011) opcit& CNCS (2012)

Houve progressos e resultados positivos na monitoria do processo de execução e gestão orçamental dos NPCCS, mas de modo contrário, houve dificuldades para a monitoria do processo de execução e gestão orçamental dos agentes implementadores. Os relatórios de avaliação de desempenho anual reportavam 100% de processos encerrados com sucesso e 100% elaboração atempada de relatórios financeiros dos núcleos e CNCS (embora com pequenas demoras) enquanto para os implementadores reportava-se que 40% entregaram bem mas tardiamente; 30% a 40% tarde e com problemas difíceis de resolver entre 20% a 30% nem entregaram a tempo.

A componente de monitoria via auditorias interna e externa é reportada como tendo também desempenho misto. Desde início da implementação do PEN III foi sendo assegurado que as demonstrações financeiras do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA fossem auditadas incluindo o saneamento dos problemas detectados. A Unidade de Gestão Financeira coordenou a elaboração e implementação de um Plano de Acção da Auditoria Financeira sobre as recomendações das auditorias externas e os resultados das avaliações conjuntas anuais (reportando apenas 2010 e 2011) indicaram que em 2010 das recomendações das auditorias externas, cerca de 70% delas estavam implementadas por completo, 10% com de problemas fáceis de solucionar e em processo de saneamento, 8% fáceis de solucionar mas que estavam a espera de pessoal adequado para o fazer, 12% não eram resolvíveis. No ano seguinte, foi reportado que cerca de 90% das recomendações foram incorporadas e realizadas ou estão em processo de implementação (qualificado de satisfatório), faltando apenas pequenas questões, tais como o uso correcto de log-book e sanar desafios de então relacionados com o procurement a nível distrital (falta de documentos legais por parte de fornecedores).<sup>211</sup>

Ocorreram desafios que limitaram o desempenho relativo a criação de mecanismos para que os fundos de resposta ao HIV e SIDA sejam orientados e monitorados pelo CNCS; a monitoria financeira sistemática dos recursos disponíveis no país, para a resposta ao HIV e SIDA e a execução orçamental. Com início de implementação do PEN III previa-se estabelecer mecanismos de mobilização, planificação e utilização de fundos no país. Apesar da sua importância estratégica isso não foi realizado em 2010, exceptuando a elaboração dos Cenários Fiscais de Médio Prazo.<sup>212</sup> Em 2011 foi planeado em conjunto com os parceiros, disseminar a informação sobre os mecanismos de financiamento disponíveis para as actividades de resposta ao HIV e SIDA, algo não realizado devido a demora da consultoria sobre o realinhamento que previa uma das recomendações o desenho de instrumentos para a busca e divulgação das oportunidades de financiamento existentes.<sup>213</sup>

A monitoria financeira dos recursos disponíveis para o HIV e SIDA no país esteve aquém das expectativas. Este processo não ocorreu dentro dos prazos previstos impossibilitando a disponibilidade de evidências que permitissem ao CNCS uma coordenação informada da resposta ao HIV e SIDA na componente financeira e limitou a tomada de decisões de forma atempada para a mobilização de recursos. Esta monitoria esperava-se que fosse feita através dos resultados do Relatório de Medição de Gastos (MEGAS 2010/2011) que se esperava serem publicados até finais de Abril de 2011. O processo de sua elaboração iniciou em 2012 e os resultados finais só ficaram disponíveis e publicados em Junho de 2014.

<sup>211</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.29

<sup>212</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2010*. Maputo. p.17/18

<sup>213</sup> CNCS - *Relatório Anual de Progresso de Actividades de Combate ao HIV e SIDA-2012*. Maputo. 2012, p.34

A componente de execução orçamental teve desempenho misto. De forma global os níveis de execução do CNCS foram bons, conforme tabela abaixo, mas ao longo dos anos o órgão coordenador foi enfrentando dificuldades ligados a atrasos de desembolsos aos implementadores e dificuldades de cumprimento das obrigações com terceiros e fornecedores de bens e serviços cujo período variava de acordo com a realidade institucional dos Núcleos.

### **Financiamento da Resposta ao HIV e SIDA**

O requisito da orçamentação que se assumia indispensável para a mobilização de recursos com vista a um compromisso mais forte de implementação terá sido outra fraqueza do exercício da formulação e implementação do PEN III. Na eventualidade de o PEN III ter sido custeado e orçamentado, a não divulgação do seu resultado fez com que o esforço fosse visto e tratado como um mero exercício intelectual conhecido apenas em círculos de planificadores (muito restrito), sem todavia traduzir-se numa ferramenta útil e de valor acrescentado para uma acérrima advocacia a favor da resposta nacional.

O período de vida do PEN III coincide com o momento mais crítico na história do financiamento da pandemia do HIV e SIDA nos países. Com efeito, as dificuldades impostas aos países pela crise financeira internacional irão traduzir-se numa gradual redução das janelas de financiamento. Esta redução da janela de financiamento veio condicionar o abaixamento do ímpeto da resposta ao HIV e SIDA impondo o desaparecimento ou redução ao limite das iniciativas comunitárias e da sociedade civil, que emprestavam outro dinamismo na extensão das actividades de prevenção, advocacia e mitigação até à comunidade.

O PEN III tinha como objectivo aumentar a sustentabilidade financeira da resposta ao HIV e SIDA através do aumento das dotações orçamentais do Orçamento do Estado com vista a uma maior apropriação nacional da resposta. Os dados referentes aos fundos sobre a gestão directa do CNCS como órgão coordenador indicam que nos 4 anos de implementação do PEN III teve disponibilidade de cerca de 16.1 milhões dólares dos quais cerca de 11.1 milhões (70%) foi contribuição externa, cabendo a componente interna de orçamento em 4.9 milhões de dólares (30.4%). Quando inicio a execução do PEN III cerca de 75% dos financiamentos eram originários de fundos externos, sendo a maioria canalizados pelo Fundo Comum do CNCS que foi criado para apoiar as actividades de luta contra o HIV e SIDA realizadas pelo governo, sector privado e organizações da sociedade civil.

*Nível de Financiamento e Execução dos Fundos pelo CNCS 2010 – 2011 (valores em USD)*

<b>Fonte de Financiamento</b>	<b>2010</b>			<b>2011</b>		
	<b>Orçamento</b>	<b>Execução</b>	<b>%</b>	<b>Orçamento</b>	<b>Execução</b>	<b>%</b>
Componente Interna OE	2.016.420,04	1.992.084,00	99	2.589.670,73	2.580.193,64	100
Fundo Comum	6.661.113,09	4.753.658,97	84	4.680.157,80	3.278.233,56	70
DANIDA	102.738,58	68.521,75	67	52.820,83	31.206,97	59
PNUD	219.571,31	219.031,36	100	136.183,19	136.183,19	100
GIZ	-	-	-	131.964,42	15.926,44	12
ONUSIDA	-	-	-	-	-	-
Total Fundos Externos	5.983.422,80	5.022.674,84	84	5.001.126,24	3.461.550,16	69
Total Internos e Externos	7.999.843,02	7.014.758,84	88	7.590.796,97	6.041.74380	80

Fonte: ACAs CNCS (2010, 2011)

*Nível de Financiamento e Execução dos Fundos pelo CNCS 2012 -2013(em 10<sup>3</sup> meticais)*

Fonte de Financiamento	2012			2013		
	Orçamento	Execução	%	Orçamento	Execução	%
Componente Interna OE	77.307,37	76.521,93	99	184.809,82	178.300,54	96
Fundo Comum	94.315,64	69.809,49	74	54.126,84	51.228,16	95
DANIDA	640,85	463,58	72	-	-	-
PNUD	1.715,31	1.680,34	98	3.188,00	2.508,63	77
GIZ	1.454,16	1.333,27	92	-	-	-
ONUSIDA	-	-	-	1.396,22	1.112,86	78
Total Fundos Externos	98.125,96	73.286,68	75	58.711,06	54.849,65	93
Total Internos e Externos	175.433,33	149.808,61	85	243.520,88	233.150,19	96

Fonte: ACAs, CNCS (2012 e 2013)

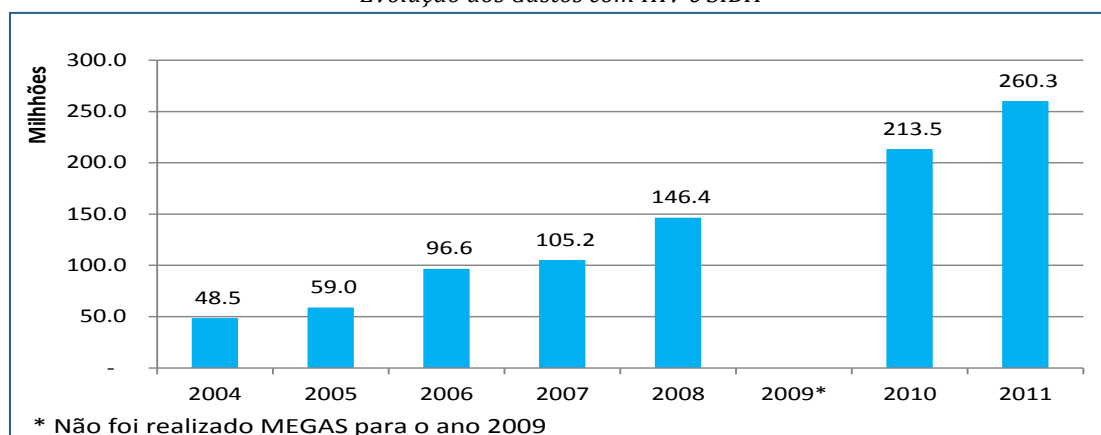
De acordo com o MEGAS (2014), o financiamento através do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) atingiu US\$ 4.4 milhões em 2010 e US\$ 6.6 milhões em 2011. A parte dos gastos suportados pelo OE representou respectivamente 44% e 40% em 2010 e 2011. As fontes externas canalizadas para o Fundo Comum do CNCS representaram 46% (US\$ 1.9 milhões) em 2010 e 56% (US\$ 3.6 milhões) em 2011. Outros desembolsos incluem contribuições do PNUD (10% em 2010 e 4% em 2011). Os gastos suportados por fundos do OE e do PNUD foram integralmente executados pelo CNCS como provedor de serviços no período em análise. Dos recursos financeiros canalizados ao CNCS em 2010, via Fundo Comum, 36% foram gastos directamente pelo CNCS, 59% por organizações da sociedade civil e 5% pelo MMAS. Em 2011, no entanto, a totalidade do Fundo Comum foi gasto pelo CNCS.

Com o fim do financiamento via Fundo Comum e o realinhamento do CNCS houve diminuição de financiamento para a resposta ao HIV e SIDA via CNCS, com particular destaque para a componente externa do financiamento. Com esta situação foram feitos esforços por parte do CNCS para mobilizar recursos junto do governo para não quebrar a dinâmica da resposta ao HIV e SIDA. Como resultado, em 2013 do Orçamento do CNCS para o exercício de 2013, cerca de 97% foi financiamento do OGE e foi retomado financiamento as OCBs, uma iniciativa significativa que não muda contudo o cenário da dependência externa para a resposta ao HIV e SIDA realçada pelos dados do ultimo relatório do MEGAS.

Os dados da última monitoria a alocação de fundos do HIV e SIDA (MEGAS 2014) indicam uma tendência global de subida dos gastos com HIV e SIDA em Moçambique. Segundo este relatório, em 2010 foi 213.5 milhões de dólares e em 2011 foram 260 milhões de dólares totalizando cerca 470 milhões de dólares nos dois anos. O gasto de 2011 corresponde a um crescimento de 22% sobre o montante de US\$ 213.5 milhões apurados para 2010. A última avaliação feita mostrava que entre 2007 e 2008 os gastos tinham sido de 105,2 e 146,4 milhões de dólares respectivamente respectivamente.<sup>214</sup>

<sup>214</sup>CNCS - Moçambique: Medição de Gastos em Sida (MEGAS) 2010-201. Nível e Fluxo de Recursos e Despesas para a Resposta Nacional Ao HIV e SIDA, Junho de 2014





Fonte: MEGAS (2014)

O relatório obteve informação para avaliar a distribuição territorial do gasto com o HIV e SIDA e, os resultados mostram que cidade e província de Maputo absorveram mais recursos que as outras províncias, com 22% dos gastos totais; seguindo-se as províncias de Zambézia, Nampula e Sofala que beneficiaram de mais de US\$ 40 milhões nos dois anos. As províncias de Tete, Niassa, Cabo Delgado e Inhambane beneficiaram de menos de US\$25 milhões nos dois anos. Os gastos aumentaram em todas as províncias entre 2010 e 2011, com excepção de Inhambane.<sup>215</sup>

A análise comparativa feita em relação a composição dos mecanismos de financiamento da resposta nacional ao HIV e SIDA em Moçambique mostram alguma evolução. Tal como constatado no último MEGAS, as fontes financeiras externas, essencialmente as contribuições bilaterais directas, agências multilaterais e organizações sem fins lucrativos, foram responsáveis por 95% das despesas nacionais no combate ao HIV e SIDA no período 2010 – 2011 (entre 2007 e 2008 representavam 94% e 96%), Os recursos públicos domésticos foram 4.8% (US\$ 10.1 milhões) e 5.2% (US\$ 13.4 milhões) do total dos gastos respectivamente em 2010 e 2011 e os privados domésticos cerca de 0.1% em ambos os anos, totalizando US\$ 235 mil em 2010 e US\$ 229.8 mil em 2011. Nas fontes externas o destaque vai para o aumento de gastos nos últimos quatro anos resultante do apoio do Governo dos Estados Unidos (um total de US\$ 330.9 milhões, cerca de 69.8% do total dos gastos), seguindo-se a contribuição do GFATM – Fundo Global contra HIV, Tuberculose e Malária que totalizou US\$ 42.2 milhões, correspondendo a 8.9% do total, enquanto os financiamentos dos outros governos doadores reduziu desde 2008.

Tendência de gastos em HIV e SIDA por Fontes de Financiamento (2004-2011)

US\$ milhões	2004	2005	2006	2007	2008	2009*	2010	2011
Fontes públicas	7.3	11.5	14.3	6.0	8.8		10.1	13.4
Fontes internacionais	38.9	46.7	81.2	98.6	136.2		203.1	246.7
Fontes privadas	2.3	0.7	1.1	0.7	1.5		0.2	0.2
<b>Total</b>	<b>48.5</b>	<b>59.0</b>	<b>96.6</b>	<b>105.2</b>	<b>146.4</b>		<b>213.5</b>	<b>260.3</b>
% de Fontes públicas	15%	20%	15%	6%	6%		5%	5%
% de Fontes internacionais	80%	79%	84%	94%	93%		95%	95%
% de Fontes privadas	5%	1%	1%	1%	1%		0%	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		<b>100%</b>	<b>100%</b>

Fonte: MEGAS, 2014.

<sup>215</sup>Idem



De acordo com os mesmos dados, é de realçar que o Orçamento do Estado (OE) está se tornando uma importante fonte financeira à resposta do sector da saúde ao HIV e SIDA. A contribuição do governo às despesas totais na saúde aumentou continuamente nos últimos anos, tal como a proporção dos gastos do sector da saúde tendo como fonte o OE. Em paralelo, o valor dos recursos públicos domésticos específicos ao HIV e SIDA quase duplicou de US\$7.3 milhões em 2004 para US\$13.4 milhões em 2011 – um aumento de US\$ 6.1 milhões. No entanto, a proporção dos gastos em HIV suportados pelo OE reduziu de 15% das despesas totais com HIV e SIDA em 2004, para 5% em 2011. Entre 2010 e 2011 a maioria dos gastos financiados pelo OE em 2010 e 2011 (76%) foram alocados ao tratamento e cuidados, ETV e ATS, seguido de coordenação e gestão nacional de programas (19%).<sup>216</sup>

De modo geral, a análise relativa ao financiamento entre os anos 2010 e 2011, conclui que tal como nos anos precedentes permanece a forte dependência da resposta nacional ao financiamento externo. Observa-se que durante esta fase de implementação do PEN III a proporção dos recursos dedicados as iniciativas de prevenção tende a reduzir ao longo do tempo, havendo maior alocação de recursos a componente de cuidados e tratamento.

*Matriz de Resultados 21: Mobilização de Recursos e Financiamento da Resposta*

<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Ponto de Situação / Resultados</b>
21.1. Aumentada a sustentabilidade financeira da resposta ao HIV e SIDA	21.1.1. Crescimento das dotações orçamentais do governo para a resposta Multissectorial ao HIV e SIDA	Ainda que não muito visível, assinalou-se o reafirmar do Governo em financiar as actividades do CNCS, incluindo pequenas subvenções para a sociedade civil, em resposta a saída de parceiros internacionais.
21.2. Prioridades do PEN III implementados com suporte financeiro adequado	21.2.1. Instituições e actores e implementadores das prioridades do PEN III acedem aos fundos e meios	Os fundos existentes são escassos e estimulam cada vez menos actores a envolverem-se na resposta.
	21.2.2 Estabelecidos mecanismos de financiamento da resposta funcionais e mais céleres, e adequados à realidade do país	Reconhecidos os mecanismos em curso, nomeadamente do Governo americano – PEPFAR; do Fundo Global e as pequenas subvenções do CNCS

<sup>216</sup>CNCS (2014), op, cit p.25

## Avaliação da Componente Suporte

Critérios	Resultados da Avaliação
Relevância	<p>A componente de apoio tem uma relevância inquestionável. Ela constitui o ponto aglutinador das intervenções e estabelece os comandos, chamando os actores para a observância das directivas do Governo e mantendo o dinamismo da resposta com informação necessária para ajudar a concretizar os propósitos definidos no PEN III. A relevância desta componente assenta no facto de ela oferecer a ferramenta necessária para a medição dos progressos da resposta bem como para o estabelecimento das necessárias modificações de forma a mitigar os impactos indesejáveis, ou a evitar desvios nos propósitos estabelecidos.</p> <p>Igualmente, a relevância do fortalecimento institucional em todas as vertentes é amplamente reconhecida. Tal traduz-se no aumento de capacidades e diversificação das especialidades no sistema. Este aumento de capacidades permite atender mais utentes dos serviços, bem como um funcionamento fluido dos sistemas de referência e contra-referência; mas também melhora e amplia a qualidade e benefícios da saúde na população.</p>
Eficiência	<p>Em alguns aspectos nota-se claramente um esforço investido para o alcance dos produtos esperados. Noutros casos, a eficiência necessária para esse efeito não é visível. como também a implementação dos planos acordados nem sempre aconteceu a contento, havendo planos operacionais (Ministério do Trabalho) que não terão chegado a mobilizar 30% dos recursos financeiros que haviam sido projectados, contribuindo assim para uma baixa eficiência. Se avaliada em função do que se tem projectado e logrado de ano para ano, há em muitos casos situação de cumprimento de metas e até de realizações além do projectado na meta. A eficácia não pode ser medida ao todo, atendendo que não se tem um plano em concreto de partida, através do qual se poderia melhor analisar a situação anterior e a posterior de cada uma destas áreas de intervenção.</p>
Eficácia	<p>A eficácia conseguida é média atendendo que parte dos produtos projectados não foram alcançados e não o serão no tempo que resta para a implementação do PEN III. Há, por exemplo, grandes desafios em duas áreas chave como são a coordenação e a monitoria e avaliação, o que torna a eficácia problematizada por constituírem as áreas mais visíveis e condutoras de todo o apoio programático necessário.</p>
Impacto	<p>Há um impacto assinalável, pois nota-se que o PEN III constitui base de planificação e referencial para a resposta ao HIV e SIDA no país. Esse indicativo dá segurança para que se possa afirmar que mesmo as actividades cuja documentação não conseguiu fazê-las reflectir num relatório concreto de monitoria programática, a terem acontecido na vigência deste documento, seja de ONGs nacionais, seja de internacionais operando em Moçambique, o PEN III ter-lhe-á servido de referencial de planificação e orientação. O impacto deste investimento está na expansão dos programas, sendo exemplos o PTV e o TARV que não só são administrados em mais unidades sanitárias à extensão do país, como e sobretudo a beneficiarem mais pacientes.</p>
Sustentabilidade	<p>Se a sustentabilidade for vista a partir de uma base de auto financiamento das actividades é questionável, atendendo ao que o MEGAS 2014 nos reporta. Mas ao olhar-se a sustentabilidade à luz do início da integração do HIV e SIDA nos planos sectoriais, das discussões para desencadear uma mobilização doméstica de recursos, dos compromissos do governo para o incremento da contribuição na esfera da saúde e do HIV e SIDA, então há bases seguras de que paulatinamente Moçambique fixará o seu auto-destino. Certamente que não vai acontecer na vigência do PEN III.</p>

## Recomendações para a Componente de Suporte

### **Coordenação**

A eficácia do CNCS como órgão de coordenação sofreu significativos revés no contexto de implementação do PEN III, num contexto marcado pela retracção de recursos e mudança de paradigmas e enfoque das intervenções para uma perspectiva onde as intervenções biomédicas tiveram mais hegemonia. O processo de realinhamento desencadeado pelo próprio CNCS não chegou a ser plenamente concluído, deixando vácuos de entendimentos sobre o perfil e função do actual Secretariado Executivo e Estrutura dos Núcleos provinciais, bem como a persistência de múltiplos canais e mecanismos de coordenação ao nível nacional. Com vista a determinar a efectividade do CNCS como órgão de coordenação da resposta, recomenda-se a realização de uma análise funcional do CNCS e todo o aparato, com vista a visualizar as mais-valias deste órgão como entidade de coordenação da resposta nacional ao HIV e SIDA, tendo em conta, doravante, que outras endemias (Tuberculose e Malária) estão a ser considerados no rol das abordagens holísticas sobre os flagelos de saúde que afectam os países. O alinhamento das funções, com o Mecanismo de Coordenação do País, e outros fóruns de coordenação faz-se pertinente.

No processo de realinhamento, as tarefas e responsabilidades dos múltiplos parceiros bi e multilaterais, da sociedade civil, do sector público e do sector privado, deveriam ser redimensionados, de modo a assegurar a maximização das mais-valias e das vantagens acrescidas que cada um empresta no equacionamento da resposta nacional ao HIV e SIDA.

### **Processo de Planificação Sectorial e Descentralizada**

Os ciclos e mecanismos de planificação estruturante da resposta ao HIV e SIDA, continua seguindo as dinâmicas impressas pelas oportunidades estabelecidas a nível global ou pelos fluxos de financiamento dos parceiros bi e multilaterais. Esta tendência mina a capacidade das províncias e distritos disporem de um conhecimento sólido sobre as suas necessidades de intervenção ou cobertura de a nível local. Para colmatar este défice recomenda-se a um investimento estratégico na transferência de conhecimento e competências de planificação para os níveis provinciais e distritais, subsidiados pela provisão de conhecimento sobre o comportamento da epidemia.

### **Monitoria e Avaliação**

A não conclusão dos esforços de desenvolvimento de sistemas de Monitoria e Avaliação para o PEN III vieram a representar uma das maiores fragilidades do PEN III, que irá terminar o período de vigência sem dispor de indicadores de base contra os quais se deveria aferir o seu desempenho. Os próximos ciclos de planificação deverão ser concebidos, na sua base, em estreita ligação com os dados e sistemas de M&A, de modo a garantir que tais instrumentos estratégicos sejam, efectivamente orientados para resultados e informados em evidências tangíveis e monitoráveis, previamente acordadas.

### **Pesquisa Operacional**

No âmbito da implementação do PEN III foram realizadas algumas pesquisas que permitiram o desenvolvimento de bases de conhecimento sobre o perfil e comportamento da epidemia em algumas populações chave. Nos próximos ciclos de planificação da resposta, recomenda-se que se procure capitalizar dessas experiências práticas, ampliar em escala e frequência, de modo a captar as diferentes dimensões da resposta, permitindo a reorientação do investimento para intervenções mais eficazes e baseadas em evidência. A previsibilidade da realização da pesquisa deve ser assegurada através da alocação antecipada de recursos para essas iniciativas.

**Fortalecimento de Sistemas**

Nos próximos ciclos de planificação estratégica, deve ser reforçada a capacidade das Organizações da Sociedade Civil em advocacia e representação dos interesses das suas múltiplas constituências de modo a ampliarem o impacto da sua voz nos diversos fóruns de concertação de abordagens sobre a resposta colectiva ao HIV e SIDA. As redes e plataformas nacionais, provinciais e distritais de organizações da sociedade civil devem ser privilegiadas como pontos de entrada para o processo de reforço das capacidades dos actores e instituições da sociedade civil.

**Mobilização de Recursos e Financiamento da Resposta**

- ❖ Prosseguir com a advocacia e lobby junto ao Governo e outros parceiros, para aumentar os recursos para HIV e SIDA de forma a eliminar a lacuna de financiamento e criar condições para o alcance do objectivos estipulados nos planos nacionais, bem como garantir que os progressos alcançados com a implementação do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV no Sector da Saúde sejam financeiramente salvaguardados;
- ❖ Considerar outras fontes de financiamento para reduzir a dependência de poucas fontes externas; o OE poderia ter uma maior contribuição em linha com o aumento registado nas receitas do estado;
- ❖ Para ter maior impacto na redução da incidência, torna-se necessário desenvolver uma melhor alocação de recursos em prevenção do HIV, incluindo:
  - Aumentar o investimento em prevenção, especialmente na região norte onde novas infecções estão aumentando;
  - Aumentar o investimento em prevenção especialmente direccionados para populações de alto risco, incluindo trabalhadoras de sexo e seus clientes, homens que fazem sexo com homens.
  - Aumentar os gastos e priorizar alocação de gastos para populações vulneráveis com maior prevalência em HIV e risco de transmissão (camionistas, mineiros, jovens raparigas dos 14-24 anos, e outras categorias indicadas no relatório sobre os modos de transmissão).
- ❖ Reforçar a resposta multisectorial: Os gastos feitos por outros sectores, excluído o da saúde, são relativamente fracos apesar do impacto que podem ter na expansão dos programas de saúde. Assim, faz-se necessário aumentar a alocação de recursos para a integração de acções contra o HIV em programas de protecção social, direitos humanos e género, com o envolvimento de actores e instituições da sociedade civil;
- ❖ Continuar a fortalecer a capacidade de gestão e implementação dos projectos, planos e programas por parte de alguns parceiros de implementação, sobretudo os actores e instituições da sociedade civil, organizados em plataformas e redes planificação e coordenado da resposta a nível comunitário;
- ❖ Fortalecer a colaboração dos diferentes actores na monitoria financeira e programática dos projectos, planos e programas de resposta ao HIV e SIDA, bem como a necessidade assegurar a alocação de meios ao nível local, para realizar acções de M&A programática e financeira.

## Conclusões e Recomendações Gerais

1. Neste processo de avaliação do PEN III ficou evidente que o facto de a formulação do PEN III não ter sido acompanhada pelo imediato alinhamento de indicadores de base e metas específicas representou um grande constrangimento, seja para a orientação programática dos implementadores, que não dispunham de bases quantitativas sólidas para determinar o seu quinhão de contribuição nas intervenções de resposta ao HIV e SIDA, assim como para o próprio processo de aferir o desempenho do PEN III. Não obstante esta limitação, fica igualmente evidente que as diferentes componentes do PEN III, tiveram desempenhos diferenciados, em associação aos sectores que tutelaram algumas intervenções, havendo sectores, como o da Saúde, que dispunha de metas e indicadores específicos que permitem visualizar e contabilizar a progressão da resposta ao HIV e SIDA a partir da perspectiva sectorial. Passando em revista cada uma das componentes e áreas programáticas do PEN III, foram apurados os seguintes resultados e recomendações:

### 2. Componente de Redução de Risco e Vulnerabilidade

- a. Apesar da relevância da componente de Redução de Risco definida no âmbito do PEN III, as intervenções inerentes não foram adequadamente estruturadas para a implementação e nem sistematicamente monitoradas, o que impede a verificação dos resultados alcançados. Por outro lado, em relação a esta componente, a equipa de avaliação constatou que não foram desenvolvidos programas ou pacotes de serviços compreensivos para orientar os intervenientes na implementação estruturada de acções com vista a redução de risco e vulnerabilidade ao HIV e SIDA.
- b. As intervenções implementadas assumem um carácter disperso, diferenciado e não padronizado, o que dificulta aferir o seu impacto ou resultados alcançados ao longo do período de vigência do PEN III. A excepção, quiçá, do Pacote Básico implementado pelo MINED, sendo um dos pontos de entrada para a consciencialização e educação dos adolescentes. O MINED reporta dados referentes a 16.863 escolas que estão a implementar o Programa Pacote Básico. São beneficiários deste programa 5.565.824 alunos.
- c. Durante o processo de auscultação provincial, foi reportada a persistência práticas sociais e de obstáculos de natureza sociocultural tais como a poligamia, sexo-inter-geracional bem como as disparidades de género, em associação a fragilidade no reforço e implementação da legislação que proteja as raparigas menores dos casamentos prematuros. A nível comunitário a redução de práticas culturais que contribuem para aumentar o risco de vulnerabilidade da rapariga e da mulher, como é o caso das questões relacionadas com os casamentos prematuros não apresentam evidências de terem sido eficientemente implementadas e respondidas.

### *Recomendações Relacionadas com a Componente de Redução de Risco*

No processo de elaboração do próximo PEN IV esta componente deverá merecer uma profunda reestruturação, procurando assegurar a integração de alguns aspectos chave nas demais componentes e promover uma melhor interligação com outras componentes, com enfoque para:

- a. O reforço de acções de empoderamento de adolescentes e jovens raparigas (abordando factores de riscos estruturais, tais como: sexo intergeracional, sexo transaccional, idade do início das actividades sexuais, casamentos prematuros, abuso de álcool e drogas, violência de género, e outros).
- b. Fortalecer a sociedade civil através das plataformas de advocacia e monitoria da observância dos direitos de PVHIV;
- c. As questões relacionadas com abordagens de direito na resposta ao HIV e SIDA, assim como questões relacionadas a Violência Baseada no Género deverão ser adequadamente enquadradas, em pacotes de serviços a serem desenvolvidos/ajustados para alcançar populações vulneráveis e orientar os parceiros e actores implementadores.

### 3. Componente de Prevenção

No contexto do PEN III, a componente de Prevenção é uma das mais complexas, com múltiplos pontos de entrada exigindo, por isso, cautela na ponderação sobre o seu desempenho geral e particular.

- a. A subcomponente de **Aconselhamento e Testagem em Saúde**, vem registando, consistente progressão, num crescendo do número de pessoas que acedem a estes serviços. Em 2011, um total de 2.961.099 pessoas foram testadas nos diferentes serviços de saúde, como laboratórios, consultas da Tuberculose, bancos de sangue, serviços de atendimentos a adolescentes e jovens, serviços de prevenção da transmissão vertical, serviços de ATS comunitário e ATS nas unidades sanitárias, sendo que os serviços de prevenção da transmissão vertical registaram o maior número de pessoas aconselhadas e testadas. Entre 2012 e 2013, pouco mais de 4,5 milhões de pessoas foram aconselhadas e testadas através dos múltiplos canais de entrada para esses serviços.
- b. Os dados de 2013 ilustram que 51% das pessoas testadas foram alcançadas através das consultas de SMI, tendo as províncias de Nampula e Zambézia as que cobriram maior fasquia populacional. Os dados do sector da saúde relativos ao desempenho da componente de **aconselhamento e testagem a jovens e adolescentes** nas unidades sanitárias indicam no geral um desempenho crítico nos quatro anos de implementação do PEN III. A evolução do indicador relativo a percentagem de adolescentes e jovens que foram aconselhados e testados para o HIV nas US (SAAJ+ATS) tem sido lenta e insuficiente para atingir a meta reajustada para 2014, embora tenha atingido as duas últimas metas anuais.
- c. Na entrada em vigor do PEN III, as acções de coordenação para área do **preservativo** ganharam novo ímpeto através do trabalho de coordenação realizado pelo do Grupo de Trabalho Multisectorial sobre o Preservativo, liderado pelo CNCS em coordenação com o Ministério da Saúde (MISAU). No âmbito do objectivo de melhoria da logística e gestão de distribuição de preservativos, foram formados 70 quadros, dentre os quais, Técnicos dos NPC, DPS/CMAM, incluindo Organizações da Sociedade Civil que trabalham



na área do preservativo, não obstante a persistência de desafios na operacionalização logística do sistema de distribuição de preservativos, dos armazéns regionais para as comunidades e até aos usuários finais.

- d. **Prevenção do HIV em Populações Chave(Grupos de Alto Risco).** Entre 2011 e 2012 foram realizados importantes inquéritos, o Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo em Moçambique que tem dados dos anos 2011–2012 e o Inquérito biológico e comportamental sobre os homens que fazem sexo com homens em Moçambique; 2011-2012 que permitiram aferir o tamanho populacional e a prevalência do HIV entre as populações de Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS) e Homens que fazem Sexo com Homens (MSM), nas 3 principais capitais provinciais do país. Além dos estudos e intervenções voltados para alcançar MTS e HSM, o período de implementação do PEN III destaca-se também por ter investido no conhecimento das dinâmicas de várias outras categorias populacionais e socioprofissionais que configuram as populações chave, como é o caso da população prisional, mineiros e camionistas.
- e. Em termos programáticos, foi notório o aumento de programas voltadas para alcançar as populações chave, sobretudo nas zonas urbanas e corredores rodoviários. A maioria dos programas de prevenção e provisão de serviços voltados para as Populações chave são implementados por ONGs, tais como a Pathfinder, PSI, UNFPA, e FHI360, Lambda, IRCH. Com coberturas ainda parciais, não obstante os encorajadores resultados. Em 2013, a FDC redireccionou as suas intervenções no âmbito da subvenção da Ronda 9 apoiada pelo Fundo Global, para passar a cobrir algumas populações chave em ampla escala, até 2016. Todavia, a falta de instrumentos unificados de M&A das intervenções voltadas para alcançar as diferentes populações não permite dispor de uma visão holística dos níveis de alcance e cobertura nacionais das intervenções em curso.
- f. Na subcomponente de **Deteccção e Tratamento de ITSs**, em 2011, O MISAU procedeu a revisão das metas do PNC ITS-HIV/SIDA para o período 2012 a 2014. Em relação ao total de casos de ITS, em 2012 conseguiu-se cumprir 513.509 que corresponde a 68% da meta estipulada contra 588.095 que corresponde a 67% do mesmo período em 2013.
- g. Em relação a subcomponente inerente a **Circuncisão Masculina**, em 2012, o MISAU elaborou a Estratégia Nacional de Circuncisão Masculina, 2013-2017, com a principal meta de alcançar dois milhões de homens circuncidados dos 10-49 anos até 2017. O número de unidades fixas que oferecem CM cresceu de 16 em 2012 para 27 em 2013. Seis unidades temporárias adicionais aumentaram a quantidade total para 33, em seis diferentes províncias. O número de circuncidados neste período aumentou em 61.4% passando de 90.509 em 2012 para 146.046 em 2013. Entretanto o cumprimento das metas anuais continuam baixas, tendo de crescido de 50% em 2012 para 37.2% em 2013. Factores socio culturais tem influenciado de forma negativa a geração de demanda e a promoção da aderência a este procedimento. Já foi concebida uma estratégia de criação de demanda para estes serviços e iniciado o seu processo de implementação.

- h. A expansão do programa de **Prevenção da Transmissão Vertical** constitui um dos maiores progressos registados nestes quatro anos de vigência do PEN III. O programa iniciou em 2002 em 8 unidades sanitárias que implementavam o PTV e, em 2010, a expansão do programa tinha sido para 909 (86%) das 1.063 unidades sanitárias com CPN e desde 2007 que a meta relativa ao nº de US's administrando PTV (indicador 16 do QAD-Saúde) é ultrapassada. Nos anos subsequentes, o programa foi registando os mesmos progressos atingido 1063 alcançando 1213 US a fazer PTV, cerca de 150 US acima da meta do quinquénio 2010/2014 de 1063 US. Em termos de resultados, a prevenção da transmissão da mãe para o filho aumenta exponencialmente sua cobertura, embora nem todas as metas tenham sido cumpridas.
- i. Progressos importantes foram também alcançados a nível programático e de advocacia política na área do PTV: Em 2012 foi desenvolvido o *Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV 2012/2015*. Esta iniciativa constitui uma mudança radical do paradigma de Prevenção para Eliminação da transmissão vertical até 2015. Neste contexto o país fez a revisão das metas previamente estabelecidas em 2010, passando a redução para menos de 5% da transmissão vertical até 2015, e a cobertura de 90% de regimes ARVs mais eficazes para PTV. Em Junho de 2013 foi iniciada a implementação da Opção B+ (TARV Universal para mulheres grávidas e lactantes) no país, que deve ser oferecida a penas em US a oferecer TARV. De modo a permitir a implementação da Opção B+ no país foi necessária a organização da delegação de tarefas para as Enfermeiras de Saúde Materno Infantil (ESMI), assim como a implementação do modelo da Paragem Única na SMI, com oferta de cuidados e tratamento para o HIV dentro dos serviços de SMI.
- j. Apesar dos significativos progressos registados no programa de PTV, persistem desafios relacionados com o maneio de dados. Alguns indicadores relativos a cobertura do programa tem sido problemáticos ao longo dos anos. Outro dos desafios que afectam o desempenho do programa estão relacionados com a baixa cobertura de partos institucionais e desafios de retenção no seguimento na CPN, com apenas 50% das mulheres grávidas a terem a 4ª CPN. A adesão ao TARV e retenção de pacientes (mulheres, crianças, população geral) são desafios de mudança de comportamento que exigem, a consideração da perspectiva sócio cultural e de comunicação para o melhor uso de sinergias e das ligações entre US e estruturas comunitárias.
- k. Através da EcoSIDA, órgão de coordenação do **Sector Privado**, foi promovido lobby e advocacia junto do sector privado para incentivar o desenvolvimento de acções de resposta apropriadas para o sector privado. Em comparação aos primeiros anos da implementação do PRN III (2010/2011), nos anos 2012 e 2013, o papel de coordenação do ECOSIDA foi relativamente reduzido, como resultado de redução de financiamento. Todavia, a ECOSIDA continua a jogar o seu papel de providenciar assistência técnica as PME e companhias para a elaboração das políticas no local de trabalho.
- l. A implementação da Estratégia de Resposta ao HIV na **Função Pública** deu mais um passo impulsionador para sistematizar as intervenções chaves e

estabelecer sistemas, mas o trabalho focalizou mais no nível central, com algumas actividades com os Secretarias Provinciais. O MFP em coordenação com MPD formou os pontos do HIV no local de trabalho sobre como integrar acções de HIV e SIDA ou fazer uma planificação na óptica do HIV e SIDA dentro do ciclo de planificação. De certo modo este ajudou os pontos focais fazer advocacia nas etapas principais de planificação. Durante as entrevistas do NCPI e à auscultação com Sector Publico no âmbito desta avaliação alguns sectores (MDN, MINED, MINT) reportaram que conseguiram integrar algumas actividades chaves no PES sectorial (O MINED).

- m. Ao nível das instituições do **sector publico**, persiste o desafio de uma planificação verdadeiramente integrada, incorporando assuntos e temáticas relacionadas a prevenção e combate ao HIV e SIDA na função publica. Ao longo do processo de auscultação, o processo de coordenação multisectorial e a efectiva alocação de recursos para os programas concebidos foi referido como sendo o maior constrangimento para a implementação dos planos sectoriais.
- n. Com a implementação do PEN III foram revitalizados, funcionalizados e fortalecidos os Grupos Técnicos de Comunicação ao nível central e provincial de forma a assegurar a coordenação e consolidação das actividades da área de **comunicação para a mudança de comportamento**. Um dos produtos de realce na revitalização dos grupos técnicos de comunicação, foi o desenvolvimento de um Plano Operacional de Comunicação em HIV e SIDA/2012 e o Manual de Orientação para a Comunicação que foi disseminado aos grupos provinciais que foram treinados para dar resposta a esta área especifica, no âmbito da Estratégia Nacional de Comunicação para o Combate ao HIV e SIDA. Durante o período de vigência do PEN III, algumas organizações produziram programas específicos e campanhas de comunicação que foram veiculados em diferentes províncias, embora os graus de cobertura sejam localizados ou parciais.

### ***Recomendações para a Componente de Prevenção***

A prevenção que nos últimos anos de implementação do PEN III foi secundarizada em detrimento das componentes biomédicas deverá ser revigorada e redimensionar as suas acções estratégicas para reduzir o número das novas infecções em conformidade com as novas tendências da epidemia, sendo recomendado o seguinte, por subcomponente:

#### ***Aconselhamento e Testagem***

- a. Expansão dos serviços de aconselhamento e testagem na comunidade e maior coordenação e integração de serviços na comunidade assim como entre a comunidade e as unidades sanitárias, tendo em conta a capacidade de resposta das USs e metas estabelecidas em contínuo alinhamento e coordenação entre o MISAU e os parceiros implementadores;
- b. De acordo com o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV no sector da Saúde, prover a expansão de ATIP em todos os pontos de entrada chaves dentro das USs. O ATS-C será deverá focalizar nas áreas de alta prevalência do HIV e nas áreas

que tem baixa cobertura de testagem, a serem definidas em estreita concertação com o MISAU;

- c. Expandir o ATS para maior engajamento de pessoas elegíveis para TARV, promoção de vida positiva e comunicação para casais sero-discordantes bem como a promoção do envolvimento dos homens para aderirem ao ATS.

### ***Preservativos***

- a. Estabelecer mecanismos formais e estruturados de estreitamento das parcerias entre o Sector Público, Sector Privado e Organizações da Sociedade Civil para garantir o escoamento e a adequada gestão logística dos preservativos, com enfoque para a colocação deste dispositivo de prevenção no usuário final ao nível das comunidades urbanas e rurais;
- b. Aprimorar os estudos e processos de estimativa das necessidades de preservativo, masculino e feminino, incluindo outros produtos e derivados, como os lubrificantes a base de água, relevantes para prevenção na população geral e nas populações chave identificadas no relatório sobre os Modos de Transmissão.

### ***Prevenção em Populações Chave***

- a. Conferir importância epidemiológica aos HSH, MTS revelada pelos estudos IBBs incluindo-os na concepção de intervenções, planificação das actividades de resposta ao HIV e SIDA e na prestação de serviços de saúde;
- b. Prosseguir com a implementação de programas voltados para alcançar as Populações Chave, assegurando a harmonização dos pacotes de serviços a serem providenciados e garantir a ligação com as componentes clínicas;
- c. Sistematizar as informações sobre o alcance e cobertura dos programas em curso com vista a assegurar uma cobertura direccionadas a populações chave, com mais clareza sobre as metas e resultados a alcançar;
- d. Desenvolver intervenções de prevenção dirigidas para jovens e adolescentes priorizando as raparigas, concebendo e implementando (em parceria com associações) intervenções específicas endereçadas a este grupo (dentro e fora da escola), pois é um grupo extremamente vulnerável e afectado de diferentes formas;

### ***Deteção e Tratamento de ITSS***

- a. Realizar um Estudo de Prevalência de ITS no país para informar intervenções estratégicas do Sector neste componente;
- b. Desenvolver pacotes de intervenção para prevenção primária de ITS a nível da comunidade que incluam aconselhamento e testagem e comunicação sobre o risco de ITS cuja implementação deve estar integrada as outras acções de resposta ao HIV e SIDA;

### ***Circuncisão Masculina***

- a. Criar condições para a realização dos procedimentos de assepsia clínica em todas as unidades sanitárias de modo a que possam realizar CM

- b. Reforçar as estratégias de comunicação para a circuncisão masculina com enfoque na criação de procura atendendo variações culturais e mensagens apropriadas sem excluir pessoas com deficiência.

### ***Prevenção da Transmissão Vertical***

- a. Desenvolver as estratégias de integração do PF no HIV;
- b. Expandir a Opção B+ para 656 US e do Diagnóstico Precoce Infantil para 80% das US a oferecer PTV;
- c. Implementar intervenções que focalizem barreiras de género na testagem através de actividades com grupos de homens e de envolvimento líderes comunitários (envolvimento, mudança de atitude, informação, educação e comunicação);
- d. Fortalecer a adaptação dos grupos de mães-para-mães com enfoque na ligação unidade sanitária/comunidade (mães/madrinhas, mãe/criança);
- e. Reforçar o aconselhamento após o início do tratamento Antiretroviral na unidade sanitária e na comunidade (formação dos líderes comunitários);
- f. Desenvolver um pacote de intervenções comunitárias básicas para agentes comunitários no contexto da E-T V

### ***Prevenção do HIV no Local de Trabalho***

- a. Reforçar a integração do HIV nos programas dos sectores públicos;
- b. Reforçar coordenação multisectorial (partilhar informação/relatórios/ BP, ter mensagens de prevenção únicas, encontros de coordenação/equipas conjuntas);
- c. Integrar o PEN IV com outras estratégias ou documentos orientadores existentes: Estratégia da Função Pública e o Plano Multisectorial sobre Género e HIV e SIDA;
- d. Promover campanhas de ATS voluntárias nas instituições do sector publico;

### ***Comunicação e Mudança de Comportamento***

- a. Desenvolver linhas estratégicas de comunicação considerando sub-grupos específicos (adolescentes, jovens, mulheres grávidas, homens adultos, trabalhadoras de sexo, etc.);
- b. Definição de um pacote de acções de comunicação para Estratégias de Prevenção Primária que se focalizem em:
  - Passar mensagens informativas sobre modos de transmissão, prevenção e os diversos serviços comunitários e clínicos para a população geral, de maneira adequada.
  - Prevenção de novas infecções através da promoção de comportamentos saudáveis na população geral, tendo como prioridade os adolescentes e jovens.
  - Promoção de comportamentos individuais desejados como a pratica de sexo seguro; uso regular e consistente do preservativo; início tardio da vida sexual para os adolescentes; eliminação de parceiros múltiplos; Tratamento das ITS; frequência regular aos serviços de ATS.

- Promover a prevenção Positiva na Comunidade com intervenções que incentivam o bem-estar, a saúde e a qualidade de vida das pessoas vivendo com o HIV, bem como, a redução de novas infecções pelo HIV;
- Promover intervenções que estimulam mudanças sociais nas comunidades, mobilizando os influenciadores para fortalecerem a Redução do estigma em relação ao HIV/SIDA; Apoio psicossocial para PVHIV; Rejeição social de Múltiplos Parceiros; Incremento da aceitação e demanda dos serviços de saúde; Referências aos serviços clínicos; Apoio para retenção aos serviços; Adesão ao TARV; Igualdade de Género; Diminuição da violência baseada no género, incluindo a redução dos índices de casamentos prematuros; Mitigação, cuidados domiciliares e COVs.

### 3. Cuidados e Tratamento

- a. Na componente de cuidados e tratamento, a expansão de US que fazem TARV foi dos maiores progressos durante a vigência do PEN III. Esta evoluiu de 216 unidades sanitárias oferecendo serviços de TARV em finais de 2010 para 563 em finais de 2013 com um aumento de 78% entre 2012 e 2013 o que permitiu aumento significativo de pessoas em TARV. A expansão da proporção de adultos em TARV é um dos maiores progressos registados no contexto da implementação do PEN III. Até 2009 estavam em TARV 156.688 adultos em TARV (63.306 homens e 106.892 mulheres). As metas de acesso a TARV adultos começaram a ser atingidas e entre 2012 e 2013 o número de adultos em tratamento Antiretroviral continuou evoluindo e atingido 497.455 pessoas, atingido uma cobertura de 72%. A transferência de competências contribuiu para a melhoria do desempenho na provisão de TARV, bem como a elaboração de novas normas, introdução da opção B+ e paragem única no âmbito da implementação do Plano Acelerado do HIV e SIDA e respectivo Plano de Monitoria, que introduziu novas metas nacionais e provinciais.
- b. Lentos progressos estão sendo atingidos em relação ao TARV pediátrico. Embora em termos absolutos cresça o número de crianças em tratamento, as crianças em TARV representam apenas 8,3% (41.400) do número total de pessoas em TARV e longe dos padrões de OMS, a cobertura nacional do TARV Pediátrico esta estimada em 39% das necessidades. Um melhor desempenho do TARV pediátrico foi limitado pela demora dos resultados de PCR devido a insuficiente capacidade laboratorial que faz com que algumas mães desistam e ocorrem abandonos; fraco seguimento de crianças expostas ao HIV aliada a falta de capacidade para busca na comunidade; fraqueza na ligação entre a área de CCR e os serviços de TARV e défice de pessoal capacitado para fazer TARV pediátrico.
- c. As actividades colaborativas entre os programas de HIV e SIDA e TB continuaram sendo um desafio na vigência do PEN III. Embora se tenha verificado um progresso positivo relativo a proporção de doentes com TB aconselhados e testados para HIV, desafios permanecem em relação ao despiste atempado de TB a todos os doentes com HIV e do HIV a todos doentes com TB e o conseqüente manejo imediato e adequado de casos co-infecção TB/HIV. De 2010 a 2013 a proporção de casos de TB aconselhados e testados para HIV evoluiu de 88% para 95%. A implementação da abordagem de “paragem única” está contribuindo para uma maior complementaridade das intervenções. No entanto há desafios para se cobrir todos os co-infectados que necessitam de TARV na medida em que estima-se que estes



ascendem a cerca de 82 mil, enquanto apenas cerca de 25% (20.400) estão se beneficiando o que sublinha a importância do aumento da detecção de casos de TB e a posterior provisão de TARV nos casos de infecção.

- d. A área de cuidados domiciliários foi a que menos se destacou na componente de cuidados e tratamento. Com início da implementação do PEN III procurou-se potenciar os cuidados e visitas domiciliárias, tendo em conta o novo protocolo aprovado. Durante a vigência do PEN III reduziu o número de organizações implementado cuidados domiciliários. Em finais 2009 foram atendidas cerca de 108.626 PVHS e com outras doenças crónicas e nos dois últimos anos (2012/2013) registou-se a entrada nos serviços de cuidados domiciliários de 28.931 pessoas ao nível nacional. A falta de recursos para financiar OCBs implementadoras é o grande constrangimento nesta área.

### ***Recomendações para a Componente de Cuidados e Tratamento***

As prioridades para área de cuidados e tratamento no PEN IV deverão estar voltadas para a contínua expansão de TARV, aumento da adesão e retenção de pacientes e fortalecimento da ligação entre serviços biomédicos e componente comunitária:

#### ***Âmbito do TARV adulto e pediátrico***

- a. Aumentar a cobertura dos partos institucionais para estimular o aumento de mulheres ao TARV pós-parto e a cobertura de crianças expostas;
- b. Expandir a opção B+ para as Unidades Sanitárias da periferia e fortalecer a integração entre PTV e TARV pediátrico;
- c. Implementar uma Estratégia de Integração do Planeamento Familiar nos serviços e cuidados do HIV e SIDA;
- d. Desenvolver uma estratégia de retenção com respectivo sistema de monitoria com enfoque para mulheres grávidas, lactantes e crianças ancorada numa articulação eficaz com os sistemas comunitários;
- e. Continuar a expandir a capacidade laboratorial para aumento do acesso ao diagnóstico precoce;
- f. Fortalecer a integração do TARV com Apoio Psicossocial e Prevenção Positiva;
- g. Realizar acções de advocacia para mais recursos humanos na área de TARV focalizando estratégias de motivação e de retenção do pessoal formado;
- h. Desenvolver intervenções com enfoque para a melhoria da qualidade do atendimento nas US;
- i. Integrar actividades comunitárias relacionadas com ITS no ATSC e actividades de comunicação para mudança do comportamento relacionados com o HIV na comunidade;
- j. Introduzir de tecnologia de medição da carga viral no país.

#### ***Actividades Colaborativas HIV /TB***

- a. Melhorar o diagnóstico da tuberculose em pessoas HIV positivos;
- b. Equilibrar o número de unidades de saúde que prestam serviços de ART (523) e aqueles que prestam serviços de tuberculose(1350);
- c. Avaliar e consolidar a implementação do modelo de "paragem única";
- d. Implementação da tecnologia GeneXpert.

**Âmbito de ligação com a comunidade**

- a. Conferir maior reconhecimento do papel dos sistemas e actores comunitários na resposta nacional ("activistas", agentes comunitários de saúde, APes),
- b. Alocar recursos e definir mecanismos de financiamento para a OSC fortalecer suas intervenções comunitárias como "busca activa consentida" / procura de pacientes faltosos, prevenção positiva, apoio psicossocial, protecção social e actividades socioculturais;
- c. Aumentar a participação das organizações da sociedade civil nacionais na planificação, implementação e monitora do sector da saúde (incluindo a monitoria de stocks de medicamentos);
- d. Expandir intervenções inovativas na comunidade e baseadas na família (GAACs, Homem Cuidador) para a mobilização para aconselhamento, aderência e consciencialização sobre o HIV e SIDA.
- e. Harmonizar, padronizar e certificar abordagens comunitárias através de desenvolvimento de pacotes de serviços e modelos compreensivos de provisão de serviços ao nível da comunidade, assegurando que as intervenções implementadas sejam passíveis de serem monitoradas e contabilizadas no computo geral da resposta distrital, provincial e nacional.

**4. Mitigação de Consequências**

- a. Na área de apoio as **crianças órfãs e vulneráveis** o destaque vai para avanços na vertente de políticas e estratégias em particular a aprovação em 2012 do Plano Nacional de Acção para a Criança (2013-2019), o desenho e aprovação do instrumento com os critérios mínimos para o cuidado de COVs, e a elaboração do guião de referência de serviços clínicos e sociais para COVs todos em 2013. A falta de dados é constrangimento para medir progressos nesta área. Os disponíveis referem-se os primeiros anos do PEN III em que cerca de 5.170 organizações prestaram assistência a 374,415 crianças em 2013 contra as cerca de 357.905 assistidas em 2009. O MMAS através do Programa de Promoção da Justiça Social reunificação de 1.128 crianças (869 em famílias próprias e 259 em famílias substitutas); integração de 360 crianças órfãs e vulneráveis em cursos de formação profissional; prestação de assistência a 280.436 crianças órfãs e vulneráveis a nível das comunidades; e através do MINED aumentou o número de crianças órfãs e vulneráveis que frequentam a escola. Constituem desafios nesta área a persistência de desigualdades significativas em termos de acesso à educação; o limitado alcance das acções de apoio psicossocial as COVs.
- b. A ligação entre a **segurança alimentar e nutricional** foi reconhecida com na implementação do PEN III para efeito foi Desenvolvimento pelo Ministério da Saúde do Guião de Orientação Nutricional para PVHIV; integração entre 2010 e 2011 da nutrição nos serviços de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), Publicação pelo MISAU do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional e a introdução do uso do Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU/RUTF) de tratamento em ambulatório para a Desnutrição Aguda Grave no âmbito da implementação do Programa de Reabilitação Nutricional.
- c. A componente de apoio as PVHIV teve baixo desempenho durante a vigência do PEN III por razões de escassez e diminuição de recursos financiamento para as organizações que apoiam PVHIV, como consequência, assistiu-se a uma retracção do número de organizações de PVHIV activas. Os escassos dados reportados indicam

uma diminuição no reporte do número de organizações que apoiam PVHS de 288 em 2010 a 148 em 2011 e uma diminuição de 190.006 PVHIV assistidas em 2010 para 8.592 em 2011

### **Recomendações para a Componente de Mitigação de Consequências**

As prioridades para área de Mitigação de Consequências no PEN IV deverão estar voltadas para o reforço das seguintes intervenções

#### **Segurança Alimentar, HIV e Nutrição:**

- a. Desenvolver normas, protocolos e planos operacionais relativos à nutrição no contexto do HIV com todos os intervenientes do Governo, sociedade civil, ONG's e agências bilaterais e das Nações Unidas;
- b. Fortalecer a capacidade dos trabalhadores de saúde das unidades sanitárias e os provedores de saúde na comunidade sobre assuntos de nutrição e HIV, particularmente em relação à selecção de doentes com base em medições antropométricas, seguimento, monitoria e avaliação;
- c. Fortalecer o aconselhamento sobre nutrição para PVHIV, incluindo o desenvolvimento e distribuição de ferramentas para o trabalho;
- d. Fortalecer a ligação entre a comunidade e as unidades sanitárias para: i) melhorar a identificação das crianças e adultos desnutridos, melhorar o acesso aos serviços nutricionais de HIV; e ii) melhorar o seguimento das crianças e adultos desnutridos em tratamento ambulatorio;
- e. Aumentar a ligação dos programas de assistência alimentar com programas de geração de renda, segurança alimentar e outros, para apoiar o sustento das PVHIV quando estas acedem ao programa de assistência alimentar;
- f. Inclusão das Pessoas Vivendo com HIV /Tuberculose dentro das políticas e programas de apoio social no triângulo técnico de responsabilidade partilhada (MMAS/MISAU/CNCS);
- g. Monitorar as intervenções de provisão de assistência alimentar e documentar o alcance dos objectivos e o custo-efectividade, e usar esta informação para a tomada de decisões sobre as mesmas;
- h. Reforçar os comités comunitários e sistemas de referência para as COVs poderem aceder aos serviços básicos.

## **5.Componentes de Suporte**

### **Coordenação**

A eficácia do CNCS como órgão de coordenação sofreu significativos revés no contexto de implementação do PEN III, num contexto marcado pela retracção de recursos e mudança de paradigmas e enfoque das intervenções para um perspectiva onde as intervenções biomédicas tiveram mais hegemonia.

- a. Finalizar o processo de realinhamento do CNCS/SE e respectivos Núcleos Provinciais (proceder a análise funcional) com vista a reforçar a efectividade desta entidade como órgão de coordenação, com capacidade de agregar e direccionar as expectativas/ capacidades e competências dos múltiplos actores envolvidos na resposta ao HIV e SIDA;
- b. No processo de realinhamento, as tarefas e responsabilidades dos múltiplos parceiros bi e multilaterais, da sociedade civil, do sector publico e dos sector privado,

- deveriam ser redimensionados, de modo a assegurar a maximização das mais-valias e das vantagens acrescidas que cada um empresta no equacionamento da resposta nacional ao HIV e SIDA (quem faz o que);
- c. A coordenação da resposta nacional ao longo da implementação do PEN III tem sido um grande desafio em associação a fragilidade dos vários sistemas aliado à limitações de capacidade técnica e institucional do órgão confiado para esta função, que tem se mostrado aquém da demanda das necessidades dos implementadores, conforme indicaram os resultados dos processos de auscultação;
  - d. Como fundamento para a eficácia da coordenação, o PEN III recomendava o estabelecimento da obrigatoriedade de respeito e seguimento dos sistemas de fluxo de informação, de observância das prioridades estratégicas definidas pelo Governo, de inclusão e direcção única por todos os intervenientes da resposta. Há evidências de o CNCS ter organizado e estruturado o Sector Público, particularmente as entidades identificadas como prioritárias no PEN III, para em conformidade com as orientações daquele documento, buscar das suas direcções estratégicas as linhas de orientação e direcção dos processos de planificação e priorização das suas actividades e de consolidação dos seus planos operacionais;
  - e. A nível Central e provincial, no que concerne a coordenação das componentes temáticas durante a vigência do PEN III é de destacar e registar, nos esforços da coordenação, a acção exercida pelo grupo de comunicação que tem uma estrutura mais abrangente, envolvendo não só uma multiplicidade de actores de diferentes especialidades (activistas, gestores de programas de comunicação, jornalistas, especialistas de publicidade, etc.), mas também procurando estabelecer uma agenda mais global de articulação de estratégias para a mudança de comportamento em matérias de sexualidade, de estigma e discriminação e de persuasão para melhor aproveitamento dos serviços existentes para cuidados e tratamento de HIV e SIDA no país;
  - f. Os dados reportados e da auscultação referem que o principio dos Três Uns - Um único Órgão de Coordenação, Um único Plano Estratégico Nacional e Um único Plano de Monitoria e Avaliação - não está a ser seguido na íntegra pelos parceiros nacionais e internacionais. Estes não partilham os seus planos de actividades com o CNCS, os NPCCS e/ou a Administração Distrital (Ponto focal do distrito). A maior parte das organizações parceiras também não enviam os relatórios, e quando o fazem, estes são enviados apenas para os Ministérios da Saúde (MISAU), da Mulher e Acção Social (MMAS) ou outros que tem a tutela das suas áreas de actuação. Em suma, não foi constatado cumprimento do princípio dos Três Uns, na medida em que foi constatado que não era feita uma planificação conjunta e inclusiva a todos os níveis (Sede, provincial e distrital);
  - g. Como constrangimentos, ao longo do período em avaliação, a área da coordenação viu-se confrontada com duas questões chave: por um lado, a redução do financiamento para a resposta em geral, o que fragilizou sobremaneira o desdobramento das componentes de apoio à implementação das actividades terapêuticas e outras de maior visibilidade. Por outro lado, a focalização da resposta em actividade biomédicas, a despeito de um reconhecimento generalizado do peso que as componentes de prevenção e comunitária em geral ainda têm e terão numa realidade como a de Moçambique, onde o recurso às unidades sanitárias exige

mobilização e apoio social, criação de demanda e mecanismos comunitários de reforço a adesão. A redução do financiamento teve efeito nas componentes de prevenção e comunitária, obrigando a que grande parte das organizações nacionais, sobretudo as de base comunitária, desaparecessem ou perdessem sobremaneira as suas estruturas funcionais.

### ***Monitoria e Avaliação***

- a. O PEN III seguiu uma abordagem de gestão baseada em resultados para a resposta nacional que pressupunha um sistema de M&A que deveria garantir que todos indicadores estabelecidos (de execução ou de resultados e impacto) fossem medidos e obter-se linhas de base. Este pressuposto não ocorreu, a planificação que se esperava e orientada para resultados baseou-se num processo inacabado e inconsequente expresso pelo facto dos planos operacionais produzidos cobrirem apenas os primeiros dois anos de implementação e na sua maior parte reunindo indicadores incompletos e ou com uma total ausência de linhas de base, bem como com uma orçamentação cuja base metodológica para os cálculos dos custos não era conhecida. Não foi estruturado um Plano de Monitoria e Avaliação Orçamentado para além do esforço de sistematização de indicadores para PEN III através da elaboração e validação da respectiva matriz, mas que não chegou a ser alimentada.
- b. Um dos destaques na área M&A foi a funcionalização do Grupo Técnico de Multisectorial de M&A que mas que tiver mais vigor no início da implementação do PEN III com a realização de encontros de planificação e validados dados sobre tendência de estimativa a nível central. Este grupo foi replicado a nível das províncias mas fontes documentais reportaram um fraco desempenho
- c. Os próximos ciclos de planificação deverão ser concebidos, na sua base, em estreita ligação com os dados e sistemas de M&A, de modo a garantir que tais instrumentos estratégicos sejam, efectivamente orientados para resultados e informados em evidencias tangíveis e monitoráveis, previamente acordadas.

### ***Pesquisa Operacional***

- a. Nos próximos ciclos de planificação da resposta, recomenda-se que se procure capitalizar das experiencias práticas de pesquisa realizadas no âmbito do PEN III (ex IBBS) ampliar em escala e frequência, de modo a captar as diferentes dimensões da resposta, permitindo a reorientação do investimento para intervenções mais eficazes, e baseadas em evidencia.
- b. A previsibilidade da realização da pesquisa deve ser assegurada através da alocação antecipada de recursos para essas iniciativas.

### ***Mobilização de recursos***

- a. Investir maior esforço de mobilização de recursos nacionais, seja através das linhas governamentais de financiamento, seja por via de estreitamento de parcerias com o sector privado (sector de investimentos);
- b. Paralelamente, o nível de preparação e competitividade do país para aplicar para os escassos recursos externos deve ser fortalecido, de modo a desenvolver proposta atractivas para o financiamento externo, como é o caso das janelas de oportunidades criadas pelo Fundo Global.