

Fevereiro | 2023

FORTALECIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE COMO SOLUÇÃO PARA A PROVISÃO DE SERVIÇOS DE QUALIDADE PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

1. MENSAGENS-CHAVE

- O Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) e o Ministério da Saúde (MISAU) devem melhorar a coordenação e alinhamento como forma de ultrapassarem os desafios que persistem em termos de coordenação funcional, capacitação das estruturas institucionais e o alinhamento de prioridades;
- A partilha do estado serológico no seio familiar continua a representar um desafio, chegando a criar rupturas e tensões sociais. Como alternativa para minorar este e outros desafios na provisão de serviços a Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) o MISAU e os seus parceiros devem reforçar a implementação da Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária, sobretudo no que se refere à provisão de apoio psicossocial aos pacientes em tratamento anti-retroviral (TARV) e no combate ao estigma;
- Para garantir que as unidades sanitárias dispõem de compartimentos distintos para a triagem, a consulta, a farmácia e tratamento o MISAU e os seus parceiros devem incrementar recursos financeiros para a linha de investimento;
- A falta de cortesia por parte de alguns técnicos, abordando os pacientes em voz alta, expondo publicamente o seu diagnóstico, não só reforça o estigma nas Unidades Sanitárias como também representa uma violação dos direitos das PVHIV. O MISAU deve assegurar que tais práticas sejam sancionadas como forma de desmotivar os provedores que não agem em conformidade com a Carta dos Direitos e Deveres do Utente;
- Os resultados das consultas às comunidades indicam que a abordagem familiar pressiona financeiramente as famílias pois gera despesas de transporte não previstas no seu orçamento, para além de exporem as famílias ao estigma e inibirem os pacientes de se exprimirem à vontade. Para resolver este e outros desafios, o MISAU deve tornar as abordagens flexíveis e incentivar os pacientes para que se façam acompanhar pelos seus cônjuges ou parceiros;
- A limpeza e higiene na unidade sanitária (US) depende da disponibilidade de agentes de serviço que possam desempenhar essa tarefa. O MISAU e os parceiros devem garantir que os arranjos de contratação dos “fora-do-quadro” também inclua este grupo profissional por forma a melhorar o conforto ambiental nas unidades sanitárias;
- A qualidade do ambiente envolvente em muitas unidades sanitárias tem sido classificada como “má”, dado as salas de triagem nem sempre estarem limpas, o pátio encontrar-se sujo e casas de banho sem água. Para ultrapassar este desafio, que pode atentar contra a saúde dos provedores e utentes, o MISAU e os seus parceiros devem garantir que todas as unidades sanitárias são equipadas de um furo de água.

2. SUMÁRIO EXECUTIVO

As barreiras enfrentadas pelas Pessoas que Vivem com HIV (PVHIV) no acesso a cuidados de saúde especializados resultam de deficiências derivadas de unidades sanitárias mal equipadas, sob o ponto de vista de infraestruturas, recursos humanos em número insuficiente, envolvimento limitado da comunidade na gestão das unidades sanitárias e ocorrência de comportamento antiético, por parte de alguns provedores, que promovem o estigma e a discriminação, resultando na violação dos direitos das PVHIV. A solução para estes desafios depende do fortalecimento dos sistemas de saúde, o que implica a existência de clareza sobre o tipo de actividades que representam fortificação de estruturas e aquelas que constituem apenas parte do funcionamento das unidades sanitárias. A evidência sistematizada no presente *policy brief* indica a necessidade de formação dos técnicos em cortesia e, em geral, em direitos e deveres dos utentes, criação de espaços adicionais para atendimento personalizado e uma reflexão aprofundada sobre os modelos diferenciados em saúde.



3. CONTEXTO POLÍTICO E LEGAL

O Relatório Anual das Actividades Relacionadas com HIV/SIDA, de 2021, indica que Moçambique apresenta 2,101,222 milhões de Pessoas que Vivem com HIV, das quais 1,976,250 são adultos, e 1,253,516 mulheres. Se em 2021 o país contava com 35,463 mortes relacionadas com HIV/SIDA, prevê-se que este número continue a decrescer. A taxa de transmissão vertical é de 12% em 2021, projectando-se que esta caia para 10% em 2025. Em relação ao Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) um aspecto a considerar tem a ver com o facto de, com a excepção dos anos de 2018 e 2019, a realização tem se situado abaixo das metas, com destaque para 2020 ano cuja realização esteve em 69%. Ainda na componente de ATS, Maputo Cidade, Maputo Província e Manica situam-se abaixo de 50% em termos de cumprimento das correspondentes. No que se refere ao Caso Índice (CI), especificamente no número de testes feitos por contacto, o país situa-se nos 52% de filhos <15 anos, 45% de parceiros sexuais e 3% para Mãe/Pai [CI Ped <15 anos]. A testagem nos parceiros sexuais apresenta a positividade mais alta a nível nacional, seguido de Mãe/Pai (CI Ped <15 anos) com 23% e a menor taxa foi observada nos filhos <15 anos de idade. As províncias da Zambézia e Nampula contribuíram com 43% dos testes feitos a nível nacional. Contudo, as percentagens mais altas de positividade foram observadas nos parceiros de Sofala (41%), Manica (39%), Niassa (34%), Tete (33%) e Cabo Delgado com 28%. Em relação ao conhecimento do seroestado, 99% das mulheres grávidas tiveram conhecimento do seu seroestado para HIV na consulta pré-natal (MISAU 2021).

A provisão de cuidados de saúde a Pessoas que Vivem com HIV tem sido feita ao abrigo do Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA – PEN V (2021-2025). Desde o ano de 2000 que, com o intuito de controlar a expansão do HIV, Moçambique tem orientado a sua resposta com base num Plano Estratégico de âmbito Nacional. As gerações anteriores de Planos Estratégicos (PEN I-2000-2002, PEN II-2005-2009, PEN III-2010-2014), incluindo a Estratégia de Aceleração de Prevenção (2008), a Estratégia Nacional de Resposta ao HIV e SIDA na Função Pública (2009) e a iniciativa do Presidente da República sobre a reflexão por uma resposta multisectorial ao HIV e SIDA primaram por uma abordagem de comunicação com vista a criar bases de orientação para a resposta nacional.

Moçambique tem uma resposta multisectorial ao HIV/SIDA. As principais estruturas envolvidas são o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA. O CNCS coordena as acções de resposta ao HIV/SIDA, com particular enfoque na prevenção e nas intervenções comunitárias lideradas por organizações da sociedade civil (OSC), enquanto o MISAU se concentra principalmente na provisão de serviços clínicos incluindo a testagem do HIV. Ambas as entidades são apoiadas pelo Governo e pela comunidade de doadores com recursos e assistência técnica, assim como por Organizações não Governamentais (ONG) nacionais e internacionais e organizações como a N'weti na concretização do primeiro objectivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) no quadro da iniciativa 95-95-95. No entanto, apesar da retórica que sugere esforços coordenados, alguma evidência revela a falta de coordenação e alinhamento entre o CNCS e o MISAU. Com efeito, persistem desafios em termos de coordenação funcional, capacitação das estruturas institucionais e o alinhamento de prioridades (OIM 2018).

O Plano Estratégico do Sector da Saúde 2021-2024, na área de acesso/utilização, no indicador sobre N° (e %) de mulheres grávidas HIV+ que receberam medicamentos anti-retrovirais (ARV) nos últimos 12 meses para reduzir o risco de

transmissão de mãe para o filho pretende atingir uma meta de 99% em 2024 partindo de 90% em 2019. O mesmo sucede com N° de crianças (e % de PVHIV) que recebem TARV pediátrico que, partindo de uma meta de 80%, pretende atingir 95% em 2024. A revisão de Meio Termo do Plano Estratégico do Sector da Saúde (PESS) aponta para o facto de o indicador do TARV pediátrico - Número de crianças que recebem TARV pediátrico - não ter cumprido meta alguma em 2017 [2015: realizado 64,273 crianças versus 99,086 da meta e para 2017: realizado 86,508 crianças versus 87,039 da meta]. Um outro indicador cuja meta não foi cumprida em 2017 é o referente à Taxa de Retenção ao TARV depois de 12 meses de tratamento (MISAU 2019).

A mencionada desarticulação entre o CNCS e o MISAU, incluindo os desafios criados pela natureza verticalizada dos programas de HIV/SIDA, poderão constituir alguns dos factores por detrás do incumprimento de algumas metas. Com efeito, para alguns indicadores verifica-se a falta de informação, o que poderá ter a ver com o facto de a maior parte das actividades referentes ao programa de HIV não estarem sobre o seu controle e, em algumas circunstâncias, os parceiros não colocarem à disposição a totalidade da informação.



4. BREVE NOTA METODOLÓGICA E QUADRO DE AMOSTRA

O presente *policy brief* resulta das constatações apresentadas no relatório de Monitoria Liderada pela Comunidade (MLC), produzido no quadro do programa financiado pela USAID/PEPFAR N'weti Zambézia. A monitoria da qualidade de serviços TARV tem como principal ferramenta de operacionalização o Cartão de Pontuação Comunitária (CPC). O CPC permite a participação activa dos utentes dos serviços públicos de saúde (PVHIV) na monitoria da qualidade de serviços prestados pelas unidades sanitárias. A abordagem metodológica de implementação do CPC considerou, em todas as etapas do ciclo, técnicas qualitativas e participativas de recolha e análise dos dados, sobretudo discussões em grupos focais. Os grupos de debate foram constituídos por 8 a 12 pessoas, orientadas por uma dupla de Facilitadores, em que os membros falavam livre e espontaneamente sobre o assunto pesquisado. As discussões constituíram um valioso instrumento qualitativo para a captura das percepções dos utentes e dos provedores sobre a qualidade dos serviços

TARV providenciados nas US eleitas para o exercício. Os grupos incluíram:

- Mulheres adultas vivendo com HIV e em TARV;
- Homens adultos vivendo com HIV e em TARV;
- Jovens rapazes e raparigas vivendo com HIV e em TARV;
- Cuidadores de crianças vivendo com HIV e famílias (homens e mulheres);
- Mulheres grávidas e lactantes em PTV;
- Provedores (nas US).

O exercício de MLC abarcou 76 unidades sanitárias nas três províncias eleitas, compreendendo 760 grupos de utentes, 76 grupos de provedores, perfazendo um total de 836 grupos. Ao todo, foram alcançados 7191 utentes e 480 provedores, conforme ilustra a tabela 1 abaixo:

Tabela 1: Dados de Participantes do CLM II Ciclo

Província	Distrito	# US alvo onde foi realizada a MLC	# de grupos formados			Participantes por sexo								
						Utentes			Provedores			Total (Utentes+Provedores)		
			Utentes	Provedores	Total	F	M	Total	F	M	Total	F	M	Total
Zambézia	Alto Molócuè	2	20	2	22	148	92	240	11	8	19	159	100	259
	Gurué	2	20	2	22	152	64	216	18	6	24	170	70	240
	Mocuba	18	180	18	198	1239	788	2027	70	52	122	1309	840	2149
	Milange	11	110	11	121	756	534	1290	44	37	81	800	571	1371
	Namacurra	10	100	10	110	720	408	1128	51	32	83	771	440	1211
Inhambane	Massinga	2	20	2	22	161	49	210	12	4	16	173	53	226
	Maxixe	2	20	2	22	163	52	215	9	5	14	172	57	229
Gaza	Chókwè	15	150	15	165	747	311	1058	48	13	61	795	324	1119
Maputo Província	Manhiça	12	120	12	132	505	221	726	40	15	55	545	236	781
	Marracuene	2	20	2	22	52	29	81	4	1	5	56	30	86
Total		76	760	76	836	4643	2548	7191	307	173	480	4950	2721	7671

Foram envolvidos no processo os seguintes subgrupos populacionais: mulheres grávidas, mães com crianças dos 0-5 anos de idade, mulheres e homens adultos, incluindo membros do Comité de Saúde e dos Comités de Co-gestão e Humanização. O grupo dos provedores incluía provedores que participam das sessões do Comité TARV da US de captação.

A discussão apresentada na secção seguinte assenta em resultados de dois ciclos do Cartão de Pontuação Comunitária, nomeadamente o primeiro e o segundo realizados nas mesmas US, lidos de forma comparativa. Esta abordagem permitiu visualizar rapidamente o desempenho dos indicadores e providenciar recomendações para os casos de unidades sanitárias com fraca prestação.

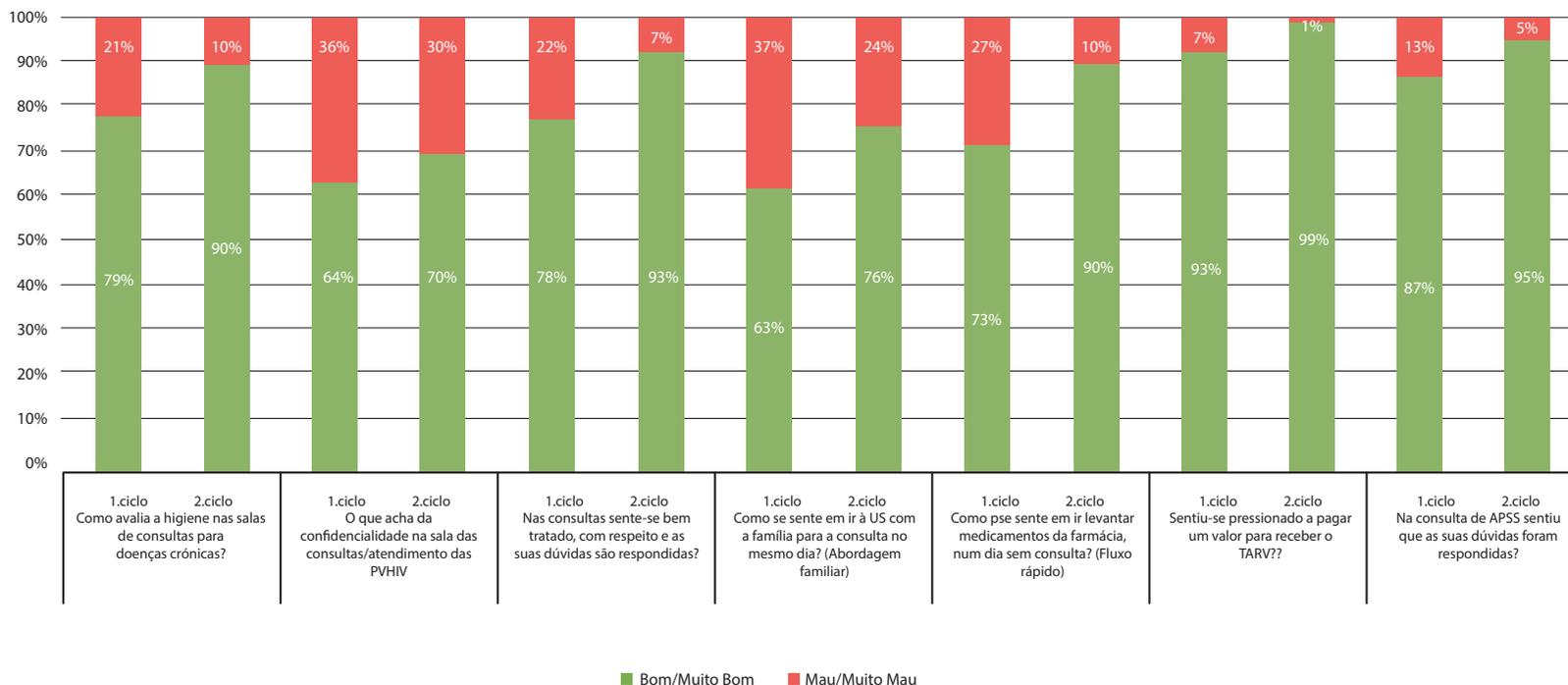
5. A QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS TARV: O OLHAR DO UTENTE

O gráfico 1, mais abaixo, apresenta o desempenho de sete indicadores, nomeadamente o que capta as condições de higiene nas salas de consultas para doenças crónicas, confidencialidade na sala das consultas / atendimento das PVHIV, cortesia no atendimento (respeito às dúvidas colocadas pelos utentes), abordagem familiar, fluxo rápido, pressões para pagamento de valores em troca de serviços TARV e esclarecimento de dúvidas na consulta de apoio psicossocial (APSS) No primeiro indicador, referente a higiene nas salas de consultas para doenças crónicas, a incidência de percepções negativas registou uma redução, sendo que a categoria de resposta Mau/Muito Mau passou de 21% no 1º ciclo para 10% no 2º. Em termos mais específicos, o Distrito de Namacurra destaca-se com o pior desempenho nos dois ciclos, não obstante ter descido de 50% no 1º ciclo para 39% no 2º ciclo. A explicação para o ainda problemático desempenho de Namacurra centra-se no facto de o recinto hospitalar, as salas de parto, casas de banho e salas de triagem, apresentarem-se sujas de pó e teias de aranha, e fraldas de bebé em locais impróprios. Em algumas unidades sanitárias, a triagem, consulta e tratamento são feitos na mesma sala, o que dificulta a higienização do espaço. No geral, estas unidades sanitárias não dispõem de água e de agentes de serviço em número suficiente para garantir a higiene e manutenção dos espaços. As unidades sanitárias de Massinga destacam-se pela sua excelência, sem quaisquer incidências de percepções negativas.

O indicador sobre a confidencialidade na sala das consultas / atendimento das PVHIV surge como um dos mais preocupantes com uma redução de apenas 6% de um ciclo para o outro (de 36% no 1º ciclo para 30% no 2º ciclo). Neste indicador, o Distrito de Namacurra reaparece com incidências altas nas categorias de respostas Mau/Muito Mau 69% no 1º ciclo 66% no 2º ciclo. A seguir encontramos o Distrito de Gurué com 18% no 1º ciclo e 37% no 2º ciclo. Os utentes apontaram como causas a utilização de uma única sala os serviços de testagem, triagem, farmácia, TARV, impedindo o tratamento personalizado, o que leva ao desconforto e à vergonha. Adicionalmente, casos há em que os provedores abordam os utentes de forma descortês, em tom alto, expondo os pacientes.

Por seu turno, o indicador que procura captar o nível de cortesia e resposta a eventuais dúvidas apresentadas pelos utentes registou progressos assinaláveis, tendo passado de 22% no 1º ciclo para 7% no 2º ciclo. Distritos como Chókwè, Marracuene e Milange não registaram quaisquer percepções negativas no 2º ciclo. Estes resultados são claramente consequência da Monitoria Liderada pela Comunidade, especificamente da implementação do plano de acção resultante dos ciclos do CPC.

Gráfico 1: Percepção dos utentes sobre os serviços TARV – Parte 1



A abordagem familiar apresentou uma *performance* preocupante no 1º ciclo com 37% de incidência de percepção negativa, contudo no 2º ciclo desceu para 24%, demonstrando um progresso notável. Parte deste desempenho deveu-se ao desempenho do Distrito de Milange que de 46% no 1º ciclo desceu para 4% no 2º ciclo, tendo o mesmo padrão se verificado com o Distrito de Marracuene que no 1º ciclo reduz de 23% para 7% no 2º ciclo. Uma das ilações a serem retiradas da MLC prende-se com o facto de distritos com excelente desempenho no 1º ciclo, como são os casos de Massinga, que teve 99% na categoria de resposta Bom/Muito Bom no 1º ciclo e 100% Bom/Muito Bom no 2º ciclo mantiveram essa *performance* positiva no 2º ciclo, sugerindo que para a abordagem familiar, quando implementada com sucesso à primeira, os resultados tentem a perdurar no tempo.

De facto, se a abordagem familiar visa melhorar a qualidade de serviços oferecidos aos membros da mesma família com 2 ou mais pessoas vivendo com HIV (MISAU 2018), no extremo o desempenho deste indicador revela haver ainda muito a

fazer no que se refere à redução do estigma. Outrossim, alguns dos participantes das consultas às comunidades indicam que esta abordagem pressiona financeiramente as famílias devido a despesas com transporte. Por outro lado, reportaram aspectos como exposição da família ao estigma, tal como o facto de a presença da família inibir o paciente de exprimir-se à vontade, havendo preferência pela companhia do parceiro ou cônjuge. A estes aspectos acresce-se a insegurança pelo facto de as famílias sofrerem roubos nas suas casas enquanto estão na unidade sanitária.

Ainda no que se refere aos modelos diferenciados de serviços, o indicador sobre fluxo rápido revela, igualmente, uma descida na incidência de percepções negativas, passando de 27% no 1º ciclo para 10% no 2º ciclo. O Distrito de Alto Molócuè que no 1º ciclo teve uma excelente prestação, com um agregado de 97%, vê esses ganhos perderem-se no 2º ciclo, observando o recrudescimento da percepção de insatisfação para 23%. A mesma tendência, embora pouco expressiva, encontra-se presente no Distrito de Marracuene com um agregado de 12% na categoria

de resposta Mau/Muito Mau, no 1º ciclo, e 2% no 2º ciclo. Entretanto, as maiores evoluções registaram-se em Namacurra com um agregado de 41%, no 1º ciclo, para as categorias de resposta Mau/Muito e 4% no 2º ciclo. Tudo indica haver uma necessidade de aprofundar a eficácia da combinação das duas abordagens que caracterizam este modelo diferenciado, nomeadamente consultas clínicas em cada 3 ou 6 meses, APSS/PP (Prevenção Positiva) em cada 3 meses e levantamento de ARV trimestralmente (MISAU 2018). Relatórios anteriores de Consultas às Comunidades evidenciam a necessidade que os utentes têm de serem vistos com maior frequência por um profissional de saúde, ainda que seja de forma preventiva. Das diversas questões que preocupam os utentes destacam-se a necessidade de efectuar a pesagem da massa corporal, abordar os efeitos secundários dos medicamentos e a farmácia como potencial local de estigmatização. Todavia, a pontuação positiva é explicada maioritariamente pelo facto de as PVHIV não terem de fazer fila, tornando o processo “rápido e flexível”.

O indicador sobre cobranças ilícitas para o acesso ao TARV é dos que melhor prestação apresenta, tanto no 1º quanto no 2º ciclos em toda a séria narrada na dimensão de serviços. Com efeito, mesmo aqueles distritos que apresentavam focos de descontentamento no 1º ciclo, nomeadamente Manhiça, com 15% na categoria de resposta Mau/Muito Mau, Chókwè, com 12% e Marracuene, com 15% no 2º Ciclo todos convergem aproximando-se de 0%, sem quaisquer percepções negativas. Importa referir que este resultado deriva do acompanhamento e das acções de seguimento e advocacia feitas pelo projecto.

No entanto, à semelhança do indicador sobre abordagem familiar, os resultados deste levantam questões importantes sobre a desigualdade na aplicação dos instrumentos que conferem qualidade e humanização ao longo dos programas do Sistema Nacional de Saúde. Esta asserção resulta do facto de as cobranças ilícitas constituírem uma das barreiras, abundantemente documentadas por detrás da experiência negativa do utente nas unidades sanitárias do país. Uma hipótese explicativa, porém, ainda por ser confirmada, pode estar relacionada com o facto de o financiamento ao Programa do HIV incluir uma linha para fortalecimento dos sistemas de saúde que poderá contribuir para alcançar um

grande número de profissionais em matéria de formações, capacitações e maior alcance da informação, incluindo actividades de monitoria.

Por seu turno, a dimensão de APSS, composta por três sub-indicadores - nomeadamente a satisfação do utente em relação ao esclarecimento das suas dúvidas pelo técnico na consulta de APSS, nível de satisfação sobre a informação referente à administração dos medicamentos e, finalmente, o indicador sobre a revelação do estado serológico aos familiares e o apoio da comunidade - apresenta, igualmente, uma excelente pontuação com uma redução dos *clusters* de insatisfação de 13%, no 1º ciclo, para 5% no 2º.

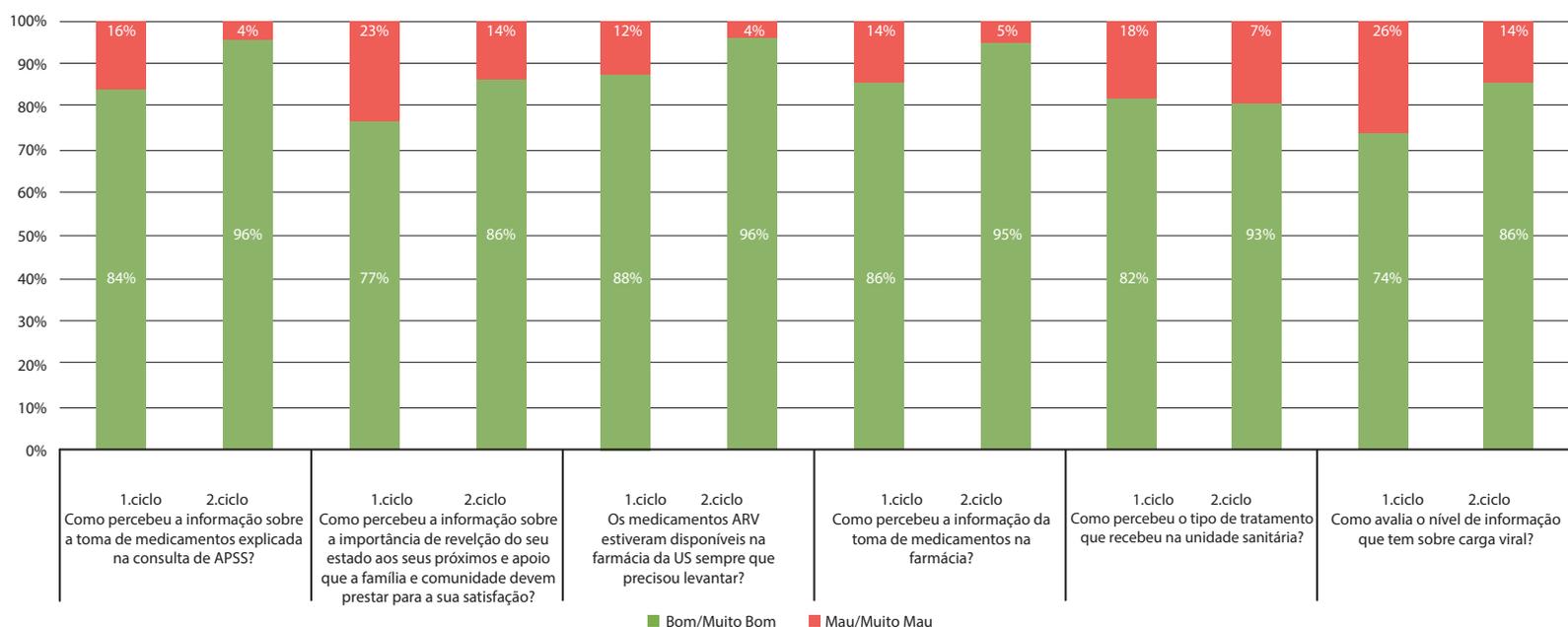
O mesmo padrão encontra-se patente no indicador relacionado com a explicação sobre a toma de medicamentos (gráfico 2). Este indicador apresenta extremos, pois temos, por um lado, o Distrito de Gurué com 19% na categoria de resposta Mau/Muito Mau, no 1º ciclo, e 15% no 2º ciclo, o que indica uma evolução pouco significativa, em contraste com Namacurra que repete a proeza conseguida no indicador anterior, tendo sido classificado com 46% na categoria de resposta Mau/Muito Mau, 1º ciclo, e 8% no 2º ciclo. Estes resultados poderão indiciar a eficácia dos serviços de APSS/PP na modalidade trimestral para crianças entre 2 a 9 anos e pacientes maiores de 10 anos, para o modelo de fluxo rápido. Relativamente ao Distrito de Gurué, os utentes voltaram a sublinhar a arrogância persistente e abandono por parte dos provedores.

O indicador que capta a importância da revelação do estado serológico aos seus próximos e o apoio da família e da comunidade traz à tona a necessidade de se empreender um maior esforço para a melhoria desta componente, na medida em que de uma incidência de 23% na categoria de resposta Mau/Muito Mau, no 1º ciclo, houve uma descida para apenas 14% no 2º ciclo, sendo o Distrito de Massinga o principal responsável por essa queda pela sua característica prestação de excelência. Os restantes distritos registaram progressos marginais, exemplo de Maxixe, Milange, Mocuba e Gurué que mantiveram as prestações do 1º ciclo, podendo significar que em matéria de tratamento do estigma continua a ser necessário imprimir esforço adicional como forma de garantir um ambiente familiar e comunitário saudável para as PVHIV. Com efeito, os resultados das

Consultas às Comunidades levantam questões como o facto de toda a família ser convidada a testar, receio de repúdio no casamento, abuso e discriminação, isolamento familiar, falta de sigilo, desconforto e falta de clareza na informação providenciada pelos técnicos. Em termos gerais, continua dramática a partilha do estado serológico nas famílias, criando rupturas e outras tensões sociais. É nesse contexto em que se faz relevante a implementação da Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária (MISAU 2014), sobretudo no objectivo específico que versa sobre a provisão de apoio psicossocial aos pacientes em TARV e no desiderato de manter as comunidades unidas no combate ao estigma.

No que concerne à disponibilidade de medicamentos ARV na farmácia os dados mostram uma convergência para total disponibilidade no 2º ciclo, com Distritos como Manhiça, Marracuene e Milange a destacarem-se pela redução de incidência negativa do 1º para o 2º ciclos. Por outro lado, neste indicador, Namacurra junta-se ao grupo de distritos com tendência estacionária, tendo registado limitado progresso entre o 1º e 2º ciclos. Contam como causas do baixo desempenho alguns dos distritos analisados nesta série da MLC factores como a fraca interacção entre o paciente e o técnico, a não apresentação dos efeitos colaterais dos medicamentos e dificuldades em perceber a explicação dos técnicos sobre a toma de medicamentos.

Gráfico 2: Percepção dos utentes sobre os serviços TARV – Parte 2



Relativamente ao indicador que avalia o tipo de tratamento recebido na unidade sanitária, mostra um progresso assinalável com uma deslocação de 18% no 1º ciclo para 7% no 2º ciclo. Namacurra (1º ciclo: Mau/Muito Mau=42% e 2º ciclo: Mau/Muito Mau=17%) e Alto Molócue (1º ciclo: Mau/Muito Mau=22% e 2º ciclo: Mau/Muito Mau=11%), embora tenham conseguido ganhos dignos de nota, os focos de percepção negativa ainda prevaletentes precisam de ser levados em consideração. Nesta série, Gurué notabiliza-se negativamente pelo incremento de clusters de insatisfação entre o 1º e 2º ciclos. Para o caso deste distrito, destaca-se a prescrição de medicação incorrecta, atraso no atendimento e falta de cortesia por parte dos técnicos como causas por detrás do descontentamento dos utentes.

O indicador sobre a revelação do estado serológico e apoio familiar e comunitário insere-se no mesmo padrão de redução das percepções de insatisfação, tendo observado um desempenho de 26% no 1º ciclo e 14% no 2º. Não obstante este progresso, os utentes continuam a sinalizar preocupação com os níveis de confidencialidade no atendimento às PVHIV. Parte dos desafios deste indicador prendem-se, como amiúde referido em relatórios anteriores, com a limitada capacidade das infraestruturas do sistema nacional de saúde, sendo que algumas salas de atendimento, de algumas unidades sanitárias do distrito, coincidem com farmácia e armazém. De facto, os Distritos do Gurué (1º ciclo: Mau/Muito Mau =12% e 2º ciclo: Mau/Muito Mau=13%) e de Mocuba (1º ciclo: Mau/Muito Mau=10% e 2º ciclo: Mau/Muito Mau=6%) vislumbram-se estacionários em matéria de confidencialidade. Outro aspecto digno de menção está ligado à linha de financiamento ao fortalecimento dos sistemas, no quadro dos fundos do PEPFAR, e possível consideração de eventual investimento em infraestruturas para tratamento a PVHIV. Este raciocínio é especialmente importante quando considerado o quadro do financiamento global ao sector da saúde e seu enfoque na rúbrica de funcionamento e muito pouco na de investimento.

Outras preocupações relevantes têm que ver com a informação fornecida pelos técnicos sobre a carga viral. Os resultados da MLC evidenciam fortes desafios na transmissão de informação às PVHIV sobre a carga viral, pois os níveis de percepções negativas capturadas no 2º ciclo permanecem praticamente as mesmas registadas no 1º ciclo. As razões da *performance* pouco satisfatória deste indicador têm que ver com ausência de liberdade para que o utente exponha os seus sentimentos, utilização de linguagem técnica pelo provedor e a não revelação do resultado do teste sobre carga viral.

6. CONCLUSÕES

O presente *policy brief* demonstra que o reforço na implementação da Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária, sobretudo na dimensão de apoio psicossocial dos pacientes em TARV e no combate ao estigma, pode constituir uma das respostas às rupturas que ocorrem no seio familiar derivadas da revelação do estado serológico. Do mesmo modo, a formação e conformidade dos profissionais de saúde com a Carta dos Direitos e Deveres do Utente pode representar uma solução para desinibir a procura por cuidados de saúde e reduzir o nível de desistência no tratamento ARV. A manutenção da higiene nos recintos, salas de tratamento e de atendimento depende de um maior envolvimento dos Comités de Co-gestão e Humanização, fornecendo material de limpeza e outros consumíveis diários. Consistentemente, a distinção dos compartimentos para triagem, consulta, farmácia e tratamento pode ser conseguida por via da alocação de mais recursos financeiros para a linha de investimentos. Finalmente, os modelos diferenciados em saúde precisam de melhor ajustamento aos contextos locais pois abordagens como a familiar pressionam financeiramente os agregados gerando despesas de transporte não previstas no seu orçamento. Os dados indicam que todos estes desafios se inscrevem na necessidade do fortalecimento dos sistemas de saúde, o que implica a constituição de um “acordo” sobre o seu significado e o tipo de actividades que representa.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boletim da República. Resolução n° 73/2007. *Carta dos Direitos e Deveres do Utente*. Maputo: Imprensa Nacional.
- MISAU. 2014. *Estratégia de Grupos de Apoio e Adesão Comunitária*. Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU. 2018. *Guião Orientador sobre Modelos Diferenciados de Serviços em Moçambique*. Maputo: Ministério da Saúde.
- MISAU. 2019. *Relatório de Avaliação do Plano Estratégico do Sector de Saúde (PESS 2014-2019)*. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação.
- MISAU. 2021. *Plano Estratégico do Sector da Saúde (2021-2024)*. Maputo: Direcção de Planificação e Cooperação.
- MISAU. 2022. *Relatório Anual 2021. Relatório Anual das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA*. Maputo: MISAU.
- OIM. 2018. *Documento Exploratório sobre Resposta Nacional do HIV em situações de emergência em Moçambique: Utilizando os Estudos de Caso de Gaza e Zambézia*. Maputo: Organização Mundial das Migrações

FICHA TÉCNICA:

Propriedade: N'Weti

Autor: Andes Chivangue

Equipa Técnica: Denise Namburete, Albino Francisco, Sansão Dumangane e Elves Francisco

Design Gráfico: Maurício Matapisse

Edição: Ilundi Durão de Menezes

Directora Executiva da N'weti: Denise Namburete

Data: Fevereiro 2023

 www.nweti.org

 [@nweti.org](https://www.facebook.com/nweti.org)

 [@n_weti](https://twitter.com/n_weti)

 [nweti01](https://www.youtube.com/nweti01)

2023