

EXPANSÃO DO TARV

A estratégia da expansão do Tratamento Antiretroviral (TARV) em vigor em Moçambique está orientada fundamentalmente para a descentralização dos serviços para as zonas periféricas, e na integração das diferentes componentes do HIV/SIDA tanto no domínio da prevenção como da assistência ao paciente com SIDA. Esta medida ajuda na redução do estigma e paralelamente permite uma reorganização dos serviços e uma optimização no uso dos recursos tanto os humanos como os físicos e materiais, o que, por sua vez abre possibilidades para a melhoria global no desempenho do Sistema de Saúde.

Para finais de 2007, a meta do Ministério da Saúde prevê que sejam postas em tratamento antiretroviral mais 60.000 novas pessoas, elevando o total para 100.000 pessoas.

A liderança assumida pelo Ministério da Saúde na expansão do TARV antiretroviral constitui o elemento chave que permitiu o salto observado em 2006 que consistiu na abertura de mais 98 novos sítios de tratamento antiretroviral, a maior dos quais sem apoio directo de parceiros internacionais, cuja gestão corresponde na íntegra ao Sistema Nacional de Saúde.

O elevado rigor técnico e a complexidade de que a atenção integral ao doente com SIDA exige representa novos desafios para o Sistema Nacional de Saúde. Os novos sítios de TARV estão localizados, na sua ampla maioria, nas zonas rurais e distantes das capitais provinciais e de difícil acesso, o que representa uma dificuldade para que seja estabelecida e mantida uma logística funcional e custo-efectiva de medicamentos e de outros consumíveis, e das amostras para análises de laboratório, assim como para garantir o fluxo regular de informação e para a realização de actividades de supervisão.

Da mesma maneira, uma proporção notável das infra-estruturas das unidades sanitárias está deteriorada e com grave falta de espaço físico, elemento crucial para dar lugar aos diferentes serviços que o TARV introduz. Paralelamente a isso, o pessoal técnico disponível é, do ponto de vista numérico, menor comparado com a carga de trabalho que suporta e apresenta menores qualificações técnicas em relação à complexidade das suas tarefas.

Por outro lado, a população é dispersa e vive distante das vilas e sem capacidade económica que lhes permita sustentar os custos associados à sua deslocação às sedes dos distritos, em geral os únicos lugares onde o serviço de TARV está disponível; com uma escassa instrução escolar, o que dificulta o entendimento claro sobre

os regimes terapêuticos que até agora são complicados e sobre a estrita necessidade de um seguimento correcto; as redes sociais que constituem uma importante base de apoio encontram-se desestruturadas e as organizações de base comunitária fragilizadas, traduzindo-se todos esses elementos em grandes desafios que o Sistema Nacional de Saúde deve defrontar.

Apesar do rápido crescimento observado no acesso ao tratamento antiretroviral em Moçambique, o número de pessoas que tem acesso a esse serviço está aquém de satisfazer a demanda actual e a situação manter-se-á similar ainda durante algum tempo, muito ficando por se fazer para inverter a tendência; e, em contrapartida, a maioria das mais de 215.000 pessoas que ainda precisam urgentemente de tratamento e não têm acesso a ele, deverão morrer num futuro muito próximo.

Assim, o incremento no número de unidades sanitárias capacitadas para a provisão dos serviços de TARV, mais do que um triunfo, deve ser visto como um desafio, e isso faz que sejam necessárias e urgentes diversas acções, entre as quais:

- Os elementos que aumentam os benefícios do tratamento antiretroviral e melhoram o prognóstico do doente no geral, e o de SIDA em particular, nomeadamente a alimentação dos doentes, tanto os internados nas Unidades Sanitárias, como os externos; os pacientes em tratamento, assim como os em seguimento; e a gestão de infecções e de doenças oportunistas, incluindo a profilaxia com o cotromoxazol, devem ser confrontadas, definidas e implementadas imediatamente.

- É imprescindível o estabelecimento e reforço dos vínculos com a comunidade: o cidadão deve ser informado sobre a disponibilidade dos serviços na sua comunidade, sensibilizado sobre as suas vantagens e ser encorajado a utilizá-los. Da mesma maneira, a comunidade deve ser implicada na gestão dos serviços, o que vai contribuir para a sua sustentabilidade. A mesma sinergia deve ser estabelecida com os diferentes sectores da Sociedade.

Ao longo do tempo, o aumento do número de pessoas incorporadas no tratamento é inevitável, e com isso será cada vez maior o número de casos complicados de gerir a esses níveis, – por efeitos colaterais e/ou por falência terapêutica, – o que poderá abrir mais espaço para falhas. Portanto, se os aspectos que aumentam os benefícios do tratamento antiretroviral não forem prioridade na agenda de 2007, os resultados obtidos no ano 2006 e as metas previstas para 2007 poderão estar comprometidos •

breves

O Global Fund deve financiar os salários dos trabalhadores da saúde

Recentemente, uma equipa de peritos internacionais de saúde lançou uma instituição cujo principal objectivo é financiar os salários dos trabalhadores da saúde ou arriscar uma situação em que, para estas três doenças, estejam disponíveis nos países do chamado Terceiro Mundo os medicamentos para as aliviar mas não os profissionais de saúde para os administrar.

Há indicações de dentro do próprio Fundo Global que sugerem uma intenção de maior centralização nas 3 doenças em prejuízo do fortalecimento dos sistemas de saúde e de apoio à força de trabalho ao nível da saúde o que poderia vir a criar uma situação de "Medicamentos sem Médicos", na qual hajam medicamentos disponíveis para essas 3 doenças mas não os médicos, enfermeiros ou técnicos de medicina capazes de receitar e administrar correctamente os medicamentos.

Isso seria um erro grosseiro referem esses peritos que indicam o paradigma do Malávi e de Moçambique, ambos com frágeis sistemas de saúde e a braços com uma epidemia de SIDA crescente. Em Moçambique, por exemplo, indicam que, para que se administre o TARV por todo o país, precisam-se de 8 trabalhadores de saúde por 1000 habitantes, contra os actuais 0,36/1000. O país pura e simplesmente não tem os recursos internos suficientes para pagar mais trabalhadores de saúde, quanto mais melhorar o seu nível de salários. E é aqui que, de acordo com os mentores da iniciativa, se coloca o Fundo Global: ajudar a financiar a criação duma tal força de trabalho capaz de responder às necessidades reais e enfrentar as situações no terreno.

Para saber mais sobre o assunto, consulte o site: www.huliq.com/19283/global-fund-must-fund-salaries-of-health-workers

BoletimDNAM

BOLETIM DE HIV/SIDA EM MOÇAMBIQUE

MINISTRO GARRIDO PASSA EM REVISTA O SECTOR MAIS DE 50.000 MOÇAMBICANOS RECEBEM ANTIRETROVIRAIS

O Ministro da Saúde anunciou recentemente que mais de 50.000 moçambicanos estão presentemente a receber medicamentos antiretrovirais, uma terapia que lhes prolonga a vida face à pandemia do HIV/SIDA que devasta o país.

Respondendo a questões que lhe foram colocadas por deputados da Assembleia da República, o Ministro Ivo Garrido afirmou que, em finais de 2004, havia somente 6.500 pessoas a receberem Tratamento Antiretroviral (TARV). Este número cresceu para 19.500 no final de 2005 e mais de 44.000 em Dezembro transacto, ultrapassando as metas do Ministério.

O número de unidades onde está disponível a terapia cresceu de 23, em 2004, para 38, em 2005, e 150 em 2006. Em início de Maio de 2007, o TARV pode ser conseguido em todos os 128 distritos que Moçambique tem, anunciou o Ministro.

Um outro grande sucesso anunciado pelo Dr. Ivo Garrido foi a drástica redução dos casos de sarampo. Em 2005, foram notificados 12.584

casos de sarampo com 59 mortes. Mas, em Outubro desse ano, realizou-se uma campanha nacional de vacinação contra o sarampo e a pólio, cobrindo 94% de todas as crianças até aos 15 anos. Como resultado directo dessa campanha, em 2006 só foram notificados 203 casos de sarampo, sem se registarem mortes!

Garrido acrescentou que de 2004 a 2006, o número de unidades sanitárias no país tinha crescido de 1.249 para 1.388, sendo que estas unidades estão melhor equipadas do que no passado. Por exemplo, como exemplo de política de descentralização, há a referir o envio de 42 carrinhas tipo *pick-up* para os distritos, as quais anteriormente estavam concentradas em Maputo.

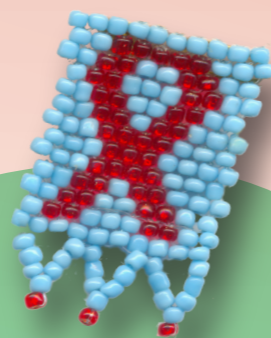
O Ministério adquiriu ainda mais 102 *pick-ups* e 115 ambulâncias 4x4 para os distritos e 39 camiões de 7 toneladas foram comprados especificamente para a campanha anti-malária levada a cabo pelo MISAU •

Adaptado da AIM, Serviço em Inglês, Maio de 2007



TESTES PARA BREVE

A Direcção Nacional de Assistência Médica está a estudar a expansão de serviços laboratoriais, especificamente, o teste de carga viral. A possibilidade de programar testes de carga viral para toda a população em monitoria de rotina e o uso da carga viral como sub-grupo de doentes para monitorar a resistência está, neste momento a ser avaliada •



DESCENTRALIZAÇÃO

DO SEGUIMENTO DOS PACIENTES COM HIV/SIDA

I - PRINCÍPIO DO PROCESSO DA DESCENTRALIZAÇÃO NA CIDADE DE MAPUTO

O princípio é que todos os níveis de saúde deveriam ser capazes de cuidar de pacientes de HIV/SIDA, oferecendo uma abordagem integrada de serviços (aconselhamento, testagem, tratamento e profilaxia de doenças oportunistas, TARV). O HdD deveria ser um centro especializado para tratamento de casos de HIV/SIDA complicados.

II - HISTÓRIA DAS ACTIVIDADES DA MSF SUIÇA EM MAPUTO

A partir de 2001, a MSF começou a cuidar de pacientes com HIV/SIDA em colaboração com o Ministério da Saúde de Moçambique.

Em Maio de 2001, teve início o projecto de HIV/SIDA da MSF-Suíça em Maputo, no Centro de Saúde do Alto-Maé e no Hospital Geral de Chamanculo.

Estes projectos combinados oferecem um pacote de cuidados ao HIV/SIDA que inclui o aconselhamento e testagem voluntária (ATV), profilaxia e tratamento de infecções oportunistas bem como a terapia anti-retroviral (TARV), prevenção da transmissão vertical (PTV) e referência para os cuidados domiciliários.

Entre o ano de 2003 e o ano de 2004, a MSF Suíça elaborou uma política de expansão dos doentes em TARV; todos os pacientes saindo do GATV com um teste positivo chegavam para abrir o processo, fazer o seguimento das infecções oportunistas e, caso necessário, iniciar o TARV.

No fim do ano de 2004, o número de doentes aumentou muito e a MSF teve que recrutar mais pessoal e reavaliar os critérios de abertura dos processos. Passou a abrir o processo clínico só para os doentes que precisavam iniciar o TARV, segundo o seu estadio clínico e imunológico.

A ideia de descentralização surgiu, então, no fim do ano de 2004, sendo definidas duas fases:

FASE I: atendimento dos pacientes HIV positivos nos centros de saúde, selecção e transferência dos doentes que precisam do TARV para o Hospital de Dia.

FASE II: transferência para os centros de saúde dos doentes já estabilizados em TARV, para continuarem o seguimento e aí levantarem os ARVs.

A) DESCENTRALIZAÇÃO DOS DOENTES PRÉ-TARV (FASE I)

A MSF Suíça decidiu implementar a fase

I no centro de saúde de Chamanculo e o processo iniciou-se em Maio de 2005.

Os protocolos de tratamento foram simplificados, foi feita a formação do pessoal em tratamento e profilaxia das infecções oportunistas e estadiamento clínico dos doentes. Foi criado um fluxograma para o tratamento dos doentes e foram estabelecidos os critérios de transferência para o HdD.

As actividades de descentralização da fase I continuaram nos outros quatro centros de saúde da área de saúde de Chamanculo (Porto, Xipamanine, Maxaquene, Alto-Maé). Levou quase um ano para se treinar o pessoal da triagem, organizar o fluxograma dos doentes e serem iniciadas as consultas em todos os centros de saúde.

A fase I contribuiu para que mais doentes entrassem para os cuidados básicos de HIV/SIDA e para iniciarem o TARV no Hospital de Dia do Alto-Maé.

B) DESCENTRALIZAÇÃO DOS DOENTES ESTABILIZADOS EM TARV (FASE II)

Com a abordagem integrada dos cuidados para os pacientes HIV positivos, o número de doentes precisando de TARV nos centros de saúde e transferidos para o hospital de dia do Alto-Maé está a crescer diariamente e a capacidade está a ficar ultrapassada.

Foi, portanto, urgente transferir os doentes estabilizados em TARV para os centros de saúde.

Foram definidos os critérios para se transferirem os doentes adultos em TARV para os gabinetes de doença crónica dos centros de saúde:

- Doentes estabilizados em TARV desde há 6 meses, no mínimo;
- Doentes sem problemas clínicos;
- Doentes sem problemas de aderência;
- Doentes sob primeira linha de tratamento;
- Proximidade da residência ao centro de saúde.

Com base nestes critérios foram seleccionados os doentes a serem descentralizados.

Estes doentes foram informados disso e das vantagens de serem transferidos para os centros de saúde próximos das suas residências.

Os técnicos de medicina e os enfermeiros dos cinco centros de saúde da área de saúde de Chamanculo receberam treino teórico e prático para fazerem o segui-

mento dos doentes em TARV.

Muitos encontros foram organizados com a Direcção de Saúde da Cidade de Maputo e outros parceiros implicados no processo da descentralização para haver um guião comum de trabalho.

III - ACTIVIDADES ACTUAIS DA MSF DENTRO DOS CENTROS DE SAÚDE

Foi criada uma equipa multidisciplinar constituída por 1 coordenador, 1 médico, 1 psicólogo, 5 conselheiros, 5 enfermeiros, 5 pacientes peritos, 1 logístico.

A função desta equipa dentro dos centros de saúde é de apoio técnico, de formação no terreno e de ajuda nas consultas.

IV - RESULTADO ACTUAL DO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO

• O número de doentes iniciando o TARV ao nível do Hospital de Dia do Alto-Maé aumentou consideravelmente (triplicou num ano), provindo a maior parte destes doentes dos centros de saúde onde está a decorrer o processo de descentralização.

• Desde Fevereiro de 2007 começou a transferência de doentes estabilizados em TARV para os centros de saúde (180 até hoje).

• 20 enfermeiros e técnicos de medicina dos centros de saúde foram treinados no tratamento das infecções oportunistas e seguimento dos doentes em TARV.

V - SONHOS E DESAFIOS

• A redução da grande espera de doentes para iniciar o TARV em Moçambique.

• Encontrar uma solução para a falta de recursos humanos dentro dos centros de saúde.

• Que todos os enfermeiros sejam treinados em tratamento das infecções oportunistas e prescrição do TARV.

• O fim da limitação do poder de prescrição dos enfermeiros dos centros de saúde.

• A disponibilidade permanente dos medicamentos para tratamento de IO, reagentes e materiais de laboratório nos centros de saúde.

• Supervisão dos gabinetes de consulta crónica pelos médicos dos centros de saúde.

• A incorporação dos pacientes peritos para fazer algumas tarefas não técnicas nos centros de saúde.

• A constituição de grupos de apoio para as PVHS, em todos os bairros.

VI - CONCLUSÃO

A MSF Suíça, bem como outros parceiros, está a contribuir para o processo de descentralização como uma possível solução para garantir um maior acesso ao tratamento às PVHS e diminuir o estigma e discriminação.

Muito foi feito até agora mas há ainda muito caminho a percorrer •

PRÓXIMOS PASSOS

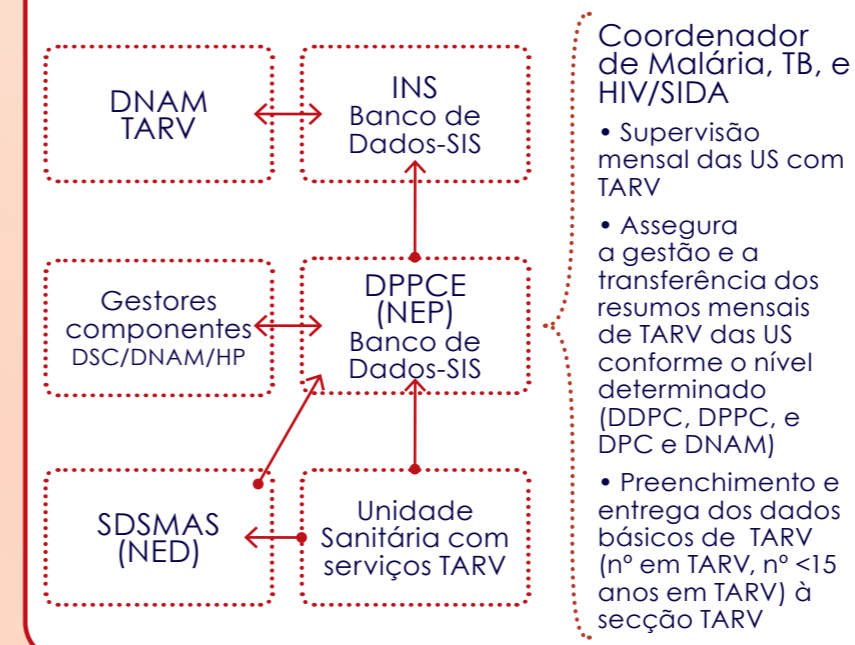
DESCENTRALIZAÇÃO DOS DADOS TARV

A descentralização dos dados é um aspecto fundamental da descentralização de qualquer intervenção de cuidados de saúde. Como referido no nosso número anterior, nos últimos 12 meses houve um tremendo crescimento quer no número de pessoas em TARV, quer no número de instalações que oferecem o tratamento. Neste momento, mais de 50.000 moçambicanos estão em TARV gratuito disponibilizado por mais de 160 instituições públicas capazes de o administrar.

lária que garantirão o preenchimento dos formulários mensais de forma adequada por unidade sanitária que forneça serviços TARV e supervise a entrega desses dados/formulários ao Núcleo de Estatística a nível distrital e provincial e os encaminhe para o nível central regularmente.

Complementarmente, neste novo tipo de sistema proposto, será possível uma rápida recepção de informação básica sobre o programa TARV, já que os coordenadores pro-

FLUXO DA INFORMAÇÃO DO SIS-TARV



Contudo, até agora, a recolha e análise dos dados nacionais sobre a expansão da terapia antiretroviral têm estado centralizadas. Cada unidade sanitária envia relatórios TARV mensais, via canais distritais e provinciais para o programa nacional TARV, localizado no MISAU, em Maputo. Esta base de dados tem sido mantida no DNAM e depois fornecida à DPC mensalmente por forma a actualizar o Sistema de Informação de Saúde (SIS). Agora que cada provincia lida com uma média de 15 locais, o dever mensal de introduzir essa informação foi transferido para o NEP, a nível provincial. Serão os coordenadores provinciais de HIV/SIDA, TB e Ma-

venciais serão responsáveis pelo envio para a Direcção Nacional de Assistência Médica, até ao dia 5 de cada mês, de informação respeitante ao número de pacientes em TARV e o número de crianças (abaixo de 15 anos de idade) em TARV por unidade sanitária.

Esperemos que este novo sistema permita que os funcionários provinciais dos NEP incluam o TARV nos seus termos de referência laborais e que ajude a encorajar os coordenadores provinciais de HIV/SIDA, TB e Malária e uma coordenação mais eficaz com os centros de saúde e com os funcionários dos NEP •

