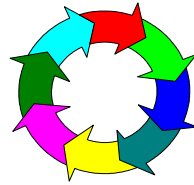




REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE



Programa Nacional de Controle das DTS/HIV/SIDA
Grupo Técnico

Relatório do Encontro para Divulgação
Dos dados das Taxas de Prevalência do HIV/SIDA em Moçambique
Maputo, 6 de Setembro de 2001

I. Considerações sobre a epidemia do HIV/SIDA em Moçambique, Vigilância Epidemiológica baseada nos Postos Sentinela

Até ao ano 1998, o Sistema de Vigilância Epidemiológica funcionou em quatro postos de saúde (P.S): Cidade de Maputo: desde 1988, no *C.S José Macamo*; Cidade de Tete: desde 1994, no *C.S n° 3*; Cidade de Chimoio: desde 1994, no *C.S E. Mondlane*; Cidade da Beira: desde 1996, no *C.S Ponta Gêa*. Ainda não abrangia a região Norte e as zonas rurais

Além do sistema de vigilância, em 1999 foi feita uma avaliação rápida em Nampula Cidade e em Monapo com amostras limitadas de mulheres no controlo pré-natal, na qual foram encontradas/detectadas prevalências de 5,0% e 6,1%.

Os dados sobre sero-prevalência e tendências históricas no comércio e movimentos das populações sugerem grandes diferenças regionais na epidemia do HIV/SIDA e a conclusão de que existem várias epidemias em Moçambique. Uma série de dados de sero-prevalência do HIV é disponível apenas na capital, cidade de Maputo. Estes dados sugerem que a epidemia nesta região iniciou nos meados de 1980 e foi lentamente aumentando ao longo da década. A partir de 1992-94, a epidemia aparentemente entrou na etapa de rápido crescimento com a prevalência a duplicar em cada dois anos. Noutras zonas do país a vigilância epidemiológica de rotina só começou a ser implementada a partir dos meados de 1990. Estes dados revelaram níveis significativamente altos de prevalência pré-natal em Tete, Chimoio e Beira.

Durante um workshop realizado em Maputo em Abril de 1999, os membros do grupo de trabalho multi-sectorial discutiram sobre os dados existentes de sero-prevalência tendo-se alcançado um consenso segundo o qual a epidemia do HIV/SIDA na região Centro provavelmente teve início mais cedo em relação à epidemia nas regiões Sul e Norte. As hipóteses levantadas pelo grupo indicaram que no fim da década de 90, a prevalência na região Centro era provavelmente duas vezes maior em relação à do Sul (representada pela cidade de Maputo), e a sero-prevalência no Norte podia ser 25 por cento mais alta em relação ao Sul. Por último, o grupo sugeriu que os níveis de prevalência iriam provavelmente continuar a crescer até ao ano 2003 ou mais, mas dado o cedo início na região Centro, a prevalência relativa nesta região iria sofrer uma redução para 50% mais alta em relação ao Sul, enquanto que os níveis no Norte e Sul convergirão.

Foram feitas projecções do HIV para as três regiões de Moçambique, utilizando os dados de Maputo e a distribuição regional da população. Os dados de vigilância epidemiológica de Maputo foram utilizados para projectar a região Sul, ajustando a estimativa nacional para coincidir com as taxas utilizadas na preparação do Plano Estratégica Nacional, que foram estimados através dum outro modelo de projecção (EpiModel).

No mês de Agosto de 1999, o MISAU-PNC DTS/HIV-SIDA organizou o “Seminário Para Definir a Evolução da Epidemia do HIV/SIDA em Moçambique”. As conclusões do seminário foram que a epidemia do HIV/SIDA era séria, mais acentuada na região Centro que na região Sul e Norte, que as relações heterossexuais não protegidas constituíam a principal via de transmissão e que o factor demográfico mais importante para a transmissão e difusão do HIV em Moçambique foram os movimentos da população.

Além de se chegar a um consenso de se tomar as estimativas como oficiais até se obter maior informação, o encontro de Agosto de 1999 deixou as seguintes reflexões: Tendo em conta

que naquela altura funcionavam apenas quatro Postos Sentinela, todos eles localizados em zonas urbanas e peri-urbanas, era preciso conhecer-se melhor a Zona Norte, expandir os postos sentinela a todas as Províncias e interpretar os resultados apenas como indicativos.

II. O que foi feito em 2000

Para a Vigilância Epidemiológica-2000, o número de Postos Sentinela aumentou de 4 para 20 postos, sendo 11 urbanos e 9 rurais, dos quais 7 foram localizados na região Norte, 8 na região Centro e 5 na região Sul. Além disso, pela primeira vez foi feito o controlo de qualidade dos testes do HIV, assegurando a qualidade dos dados recolhidos.

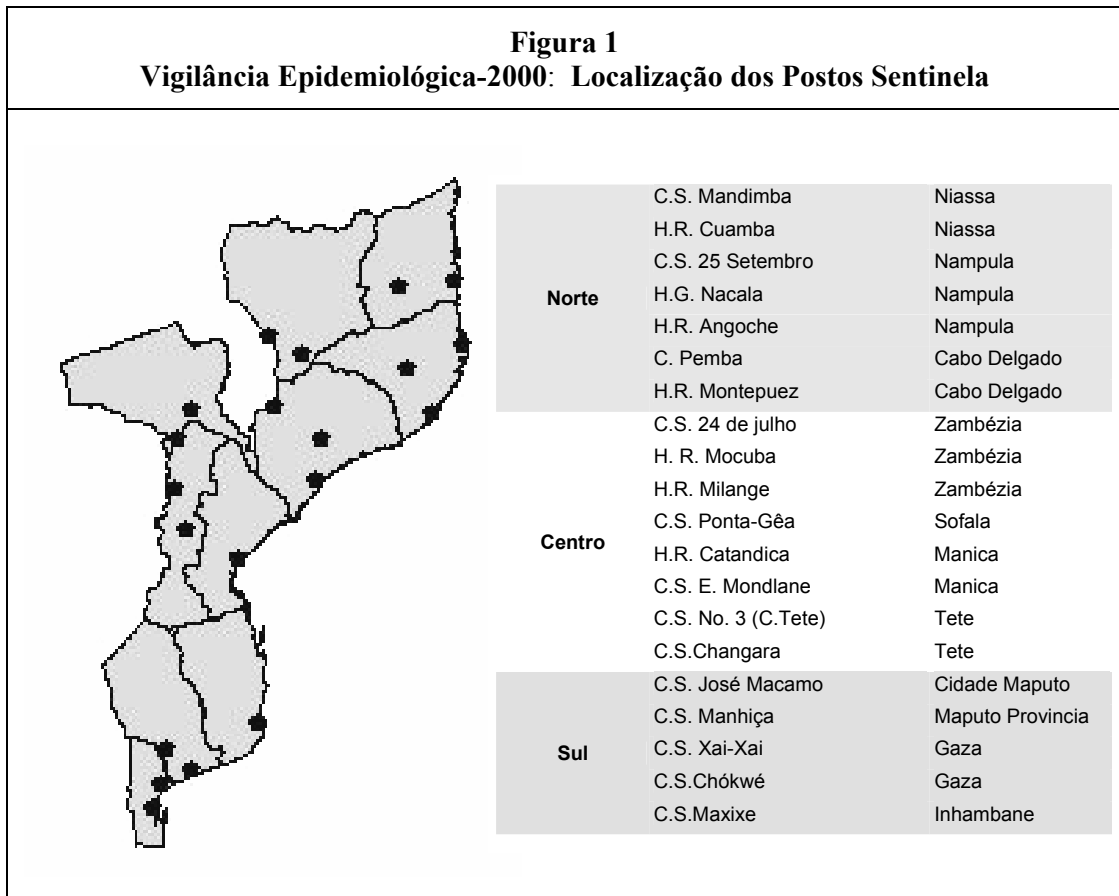


Tabela 1				
Resultados da Vigilância Epidemiológica - Postos Sentinela –2000				
	Posto Sentinela	Provincia	Distrito	2000 [Prev]
Sul	C.S. José Macamo	Cidade Maputo	José Macamo	13.0%
	C.S. Manhiça	Maputo Provincia	Manhiça	15.7%
	C.S. Xai-Xai	Gaza	Xai-Xai Cidade	18.3%
	C.S.Chókwé		Chókwé	15.1%
	C.S.Maxixe	Inhambane	Maxixe	8.0%
Centro	C.S. 24 de julho	Zambézia	Quelimane	16.7%
	H. R. Mocuba		Mocuba	10.0%
	H.R. Milange		Milange	19.0%
	C.S. Ponta-Gêa	Sofala	Beira	28.0%
	H.R. Catandica	Manica	Bárue	10.7%
	C.S. E. Mondlane		Chimoio	24.7%
	C.S. No. 3 (C.Tete)	Tete	Tete Cidade	22.3%
	C.S.Changara		Changara	18.5%
Norte	C.S. Mandimba	Niassa	Mandimba	5.3%
	H.R. Cuamba		Cuamba	10.4%
	C.S. 25 Setembro	Nampula	Nampula Cidade	5.0%
	H.G. Nacala		Nacala-Porto	5.0%
	H.R. Angoche		Angoche	4.0%
	C. Pemba	Cabo Delgado	Pemba Cidade	8.7%
	H.R. Montepuez		Montepuez	6.3%

Uma vez concluído o lançamento dos dados da vigilância epidemiológica do HIV da ronda do ano 2000, o MISAU realizou um “Seminário Nacional de Vigilância Epidemiológica” na Cidade da Beira em Maio 2001. Este seminário teve como participantes o pessoal de cada DPS que esteve envolvido no trabalho de recolha dos dados e amostras de sangue assim como na realização dos testes de HIV e RPR às grávidas nos Postos Sentinela, os supervisores (provincial e regional) destes trabalhos nos Postos Sentinela e os Médicos Assessores e Gestores dos Núcleos provinciais das DTS/SIDA.

O seminário da Beira teve três objectivos principais:

1. Rever os resultados, examinar os dados colectados e avaliar a qualidade dos mesmos;
2. Discutir o uso de “postos sentinela de referência nos distritos” para calcular o valor estimado da prevalência do HIV em cada provincia;
3. Discutir propostas para novos postos de Vigilância Sentinela .

Neste seminário, os distritos dos postos sentinela de referência foram atribuídos para cada distrito em cada provincia, de acordo com os critérios desenvolvidos pelo programa de V. Epidemiológica do HIV. A atribuição de um posto de referência para cada distrito, foi necessária para estimar as prevalências para cada provincia. Esta metodologia tem sido utilizada com sucesso em vários países.

Como Moçambique tem 144 distritos administrativos, era impossível o estabelecimento de um Posto Sentinela em cada distrito. Pretendeu-se fazer corresponder distritos similares a cada Posto Sentinela com as mesmas características (os distritos foram distribuídos pelo

Posto Sentinela que fosse mais semelhante). A prevalência de um Posto Sentinela foi assumida e aplicada à população de 15 – 49 anos dos distritos representados por este Posto Sentinela, e os distritos foram agregados na províncias correspondentes, tendo em conta o tamanho da população.

Os participantes do seminário tentaram fazer a identificação dos distritos similares aos Postos Sentinela usando o mapa de todos os distritos do país em que se anexou os distritos similares aos Postos Sentinela que funcionaram na ronda de 2000. Nos critérios de similaridade tomaram-se em conta os seguintes aspectos:

- Similaridade nos **movimentos populacionais** (ex: quantidade de tráfego de transportes comerciais, volume de comerciantes no sector informal que se deslocam, quantidade de trabalhadores migratórios nas minas e na agricultura, etc.);
- Facilidades de **comunicação** entre esses distritos (vias de acesso, transporte, rádio, língua, acesso aos países do interland);
- **Serviços de Saúde** (ex: Acesso aos serviços de saúde, Frequência das DTS, dos principais síndromas de DTS diagnosticados nesses distritos).
- Similar frequência percentual da **existência de grupos de alto risco de infecção ao HIV** (ex: trabalhadores de sexo, camionistas de longo curso, trabalhadores migrantes, jovens fora da escola, entre outros);
- Similaridades **de culturas tradicionais** (ex: ritos de iniciação sexual, tabús, práticas culturais em relação ao género e sexualidade, língua) ;
- Similar **situação económica** (agricultura de subsistência, comércio informal, emprego e desemprego, pobreza segundo os indicadores de carência) ;
- **Nível de escolaridade** (ex: Taxa de analfabetismo, Taxa de crianças em escola primária, Taxa de jovens em escola secundária)

Para que um distrito fosse similar, *não tinha que estar localizado na mesma província*, ou seja, podia ser que um distrito fronteiriço de uma província fosse similar a um localizado em outra província vizinha.

Uma vez concluído o seminário na Beira, e calculadas as taxas ponderadas do HIV entre os adultos de 15-49 anos, por províncias e regiões, realizou-se um seminário de consenso na UEM com o Grupo Técnico ampliado, composto por várias instituições moçambicanas. Em Junho, o Grupo Técnico realizou outro seminário para concluir o trabalho das estimativas. A listagem dos distritos e os postos sentinela de referência encontram-se no Anexo 1.

Uma vez determinada a atribuição de distritos aos postos sentinela de referência foi possível, calcular-se as taxas ponderadas por províncias e regiões das prevalências do HIV na população de 15 – 49 anos. As taxas ponderadas de prevalência do HIV em adultos de 15-49 anos foram calculadas por províncias e regiões e ao nível do país. As cifras observadas na região Sul são coerentes com as projecções anteriores (baseadas nos dados do ano 1998), com uma variação interna – a Província de Gaza tendo a prevalência acima da média regional e a Província de Inhambane com a prevalência menor do que a média. A prevalência atual do

Sul é calculada em torno de 13,2% -- ligeiramente mais alta do que a projectada de 12,0% (esta diferença deve-se ao ajuste da estimativa de 1999 para coincidir com as cifras do PEN).

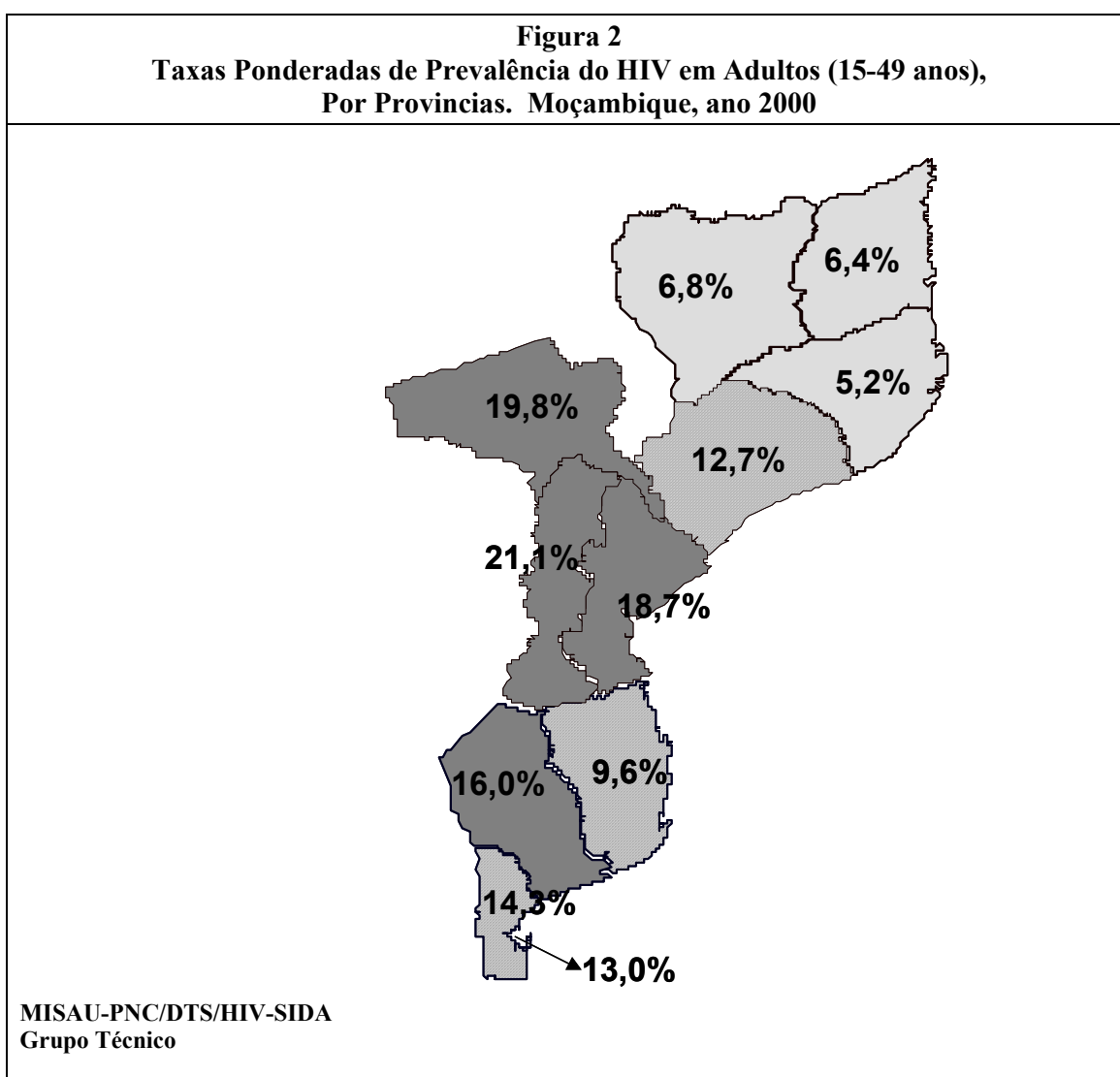
No caso da região Centro, as taxas de prevalência das Províncias de Sofala, Manica e Tete são coerentes com as projecções anteriores. A hipótese original era de que a Província da Zambézia seria comparável com as outras três províncias da região/zona; contudo, os novos dados do ano 2000 mostraram uma taxa de prevalência bastante inferior às outras (12,7% vs. 18,7-21,1%). Devido à menor prevalência da Zambézia e ao peso do tamanho da sua população, a taxa regional atual é menor do que aquela que foi projectada (16,5% vs. 20,7%).

Na ausência de postos sentinela na região Norte, a hipótese levantada em 1999 era de que a sero-prevalência no Norte poderia ser 25 por cento mais alta em relação ao Sul. De acordo com este suposto, projectou-se uma taxa de prevalência de 13,6% para o ano 2000. Agora com 7 postos a funcionar na região/zona, estima-se a taxa ponderada regional de 5,7%, ou seja, comparável com a taxa de prevalência observada na Cidade Maputo no ano de 1996.

Região	Província	Taxas Actuais		Taxas Projectadas
		Provinciais	Regionais	
SUL	Cidade de Maputo	13,0%	13,2%	12,0%
	Maputo Província	14,3%		
	Gaza	16,0%		
	Inhambane	9,6%		
CENTRO	Sofala	18,7%	16,5%	20,7%
	Manica	21,1%		
	Tete	19,8%		
	Zambézia	12,7%		
NORTE	Nampula	5,2%	5,7%	13,6%
	Niassa	6,8%		
	Cabo Delgado	6,4%		
PAÍS			12,2%	16,0%

Como os quatro postos originais continuam a fazer parte do sistema de vigilância, é possível estudar o seu padrão de prevalência ao longo do tempo. A Tabela 3 a seguir, apresenta as tendências históricas dos quatro postos sentinelas originais e mostra a coerência das projecções levantadas sobre as regiões Sul e Centro. Os dados de Maputo Cidade mostram que a epidemia do HIV/SIDA continua a crescer no ritmo previsto no ano 1998. As cidades de Tete, Chimoio e Beira parecem estar no seu plateau. Nos anos 1996 e 1998, os dados da cidade de Beira foram recolhidos de tres centros de saúde: Munhava, Chingussura e Ponta Gêa. Apenas Ponta Gêa participou na ronda sentinela do ano 2000; deve notar-se que este centro de saúde sempre encontrou maiores taxas de prevalência do HIV/SIDA que os outros da mesma cidade. O facto de se ter aumentado o número de postos sentinela na região Sul e nas províncias Tete-Manica-Sofala melhora a confiança nos dados obtidos, sem alterar significativamente as estimativas anteriores.

Tabela 3							
Tendências Históricas de Prevalências do HIV							
Entre mulheres no controlo pré-natal							
Local	Ano						
	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Maputo Cidade	1.0%	0.8%	1.2%	2.7%	5.6%	9.9%	13,0%
Tete				18.1%	23.2%	17.0%	22,3%
Chimoio				10.7%	19.2%	17.0%	24,7%
Beira (Ponta Gêa)					22,3%	24,0%	28,0%



III. A identificação de outras Unidades Sanitárias para funcionarem no futuro como novos Postos Sentinela

Este trabalho teve em conta a localização geográfica das províncias nos corredores comerciais, do seguinte modo :

- Para os corredores comerciais do Limpopo e do Maputo, na região Sul, as províncias: Cidade Maputo, Maputo Província e Gaza;
- Para o corredor comercial da Beira na região Centro, as províncias: Sofala, Manica e Tete;
- Para o corredor comercial de Nacala, na região Norte, as províncias: Nampula e Niassa.

Assim, e de acordo com a província a que pertence um determinado corredor comercial, se observaram as localidades, vilas e cidades onde ainda não funcionava um Posto Sentinela, e de acordo com as características das Unidades Sanitárias (existência de laboratório clínico com pessoal e de consulta pré-natal com Enfermeira de SMI em funcionamento), assim como outras características de movimentos populacionais e comércio, tais como:

- existência nessa localidade, vila ou cidade de paragem para camionistas de longo curso, ou
- de zonas fronteiriças com outros países, ou
- frequência elevada de chegada de turistas, ou
- perspectivas de futuros grandes investimentos que empregariam numerosos jovens;

Para as outras províncias onde a estrada dos corredores comerciais anteriormente mencionados não tem transcurso pelas mesmas, foram analisados outros factores, tais como:

Região Sul:

Para a província de Inhambane há necessidade/conveniência de se pôr em funcionamento um Posto Sentinela na zona Rural, assim como em analisar as potencialidades de outras Unidades Sanitárias noutros distritos, tendo talvez em conta a maior frequência de mineiros que trabalham na África do Sul e maior movimentação turística;

Região Centro:

Para a província da Zambézia, deverá analisar-se a futura movimentação comercial pela construção de novas rodovias, para as províncias vizinhas e para o Malawi.

Região Norte:

Para a província de Cabo Delgado, deverá analisar-se os distritos onde passará o futuro corredor comercial proveniente da Tanzânia, assim como localidades, vilas e cidades com futuros grandes investimentos que terá como consequência o emprego de muitos moçambicanos da camada juvenil.

A nova ronda de vigilância 2001 vai permitir uma validação de alguns supostos utilizados no cálculo das taxas ponderadas de prevalência do HIV/SIDA 2000. Entrarão 16 novos postos sentinela além dos 20 postos que funcionaram no ano 2000. A comparação entre os novos

postos e os antigos postos de referência validará o processo de atribuição utilizado no ano 2000 para calcular as taxas ponderadas de prevalência ao nível de província.

Tabela 4				
PROPOSTA DE NOVOS POSTOS SENTINELA				
	Posto Sentinela	Província	Distrito	Posto Referência 2000
Sul	C.S Xipapanine	Cidade Maputo	Chamanculo	Jose Macamo
	C.S. 1 de Junho	Cidade Maputo	Mavalane	Jose Macamo
	Zavala	Inhambane	Zavala	Chókwé
	Namaacha	Maputo	Namaacha	Milange
	Mabote	Inhambane	Mabote	Chókwé
Centro	Ulóngué	Tete	Angónia	Milange
	C.S.Munhava	Sofala	Cidade de Beira	Ponta Gêa
	Mágoé	Tete	Mágoé	Changara
	C.S.Chingussura	Sofala	Cidade de Beira	Ponta Gêa
	Manica	Manica	Manica	CSE Mondlane
	C.S..Alto Molócue	Zambêzia	Alto Molócue	25 Setembro
	Espungabera	Manica	Mossurize	Chókwé
	Caia	Sofala	Caia	Milange
Norte	Mocímboa da Praia	Cabo Delgado	Mocímboa da Praia	Angoche
	Mavago	Niassa	Mavago	Angoche
	Namapa	Niassa	Érati	Montepuez

IV. Perguntas e respostas

1. Até que ponto são válidas as prevalências estimadas extraídas de mulheres grávidas, ao estimar a prevalência total em adultos, homens e mulheres entre 15-49 anos?

É verdade que as mulheres grávidas diferem da população geral em diferentes níveis. Primeiro, elas são mulheres. Há evidências de que nas epidemias maduras do HIV/SIDA no Sul de África, as taxas de prevalência do HIV são mais elevadas entre as mulheres do que entre os homens, aproximadamente 20% mais elevadas nas mulheres do que nos homens. Isto significa que ao medirmos a prevalência do HIV em mulheres estaremos a sobre-estimar a prevalência entre os homens.

Segundo, as mulheres grávidas são todas sexualmente activas enquanto que muitas das jovens e mulheres adultas, mais velhas, podem não ser sexualmente activas. Isto significa que medindo a prevalência do HIV nas mulheres grávidas pode-se sobre-estimar a prevalência entre as mulheres que não são sexualmente activas.

Terceiro, dados clínicos mostram que a infecção do HIV na mulher torna-a menos fértil e que a fertilidade pode oscilar abaixo de 20 a 50% entre as mulheres infectadas pelo HIV. Isto significa que medindo a prevalência do HIV, em mulheres grávidas iria subestimar a prevalência entre as mulheres que não estão grávidas.

Estudos recentes mostram que dados de prevalência extraídos entre mulheres grávidas são representativos de prevalência para todos os adultos entre os 15 a 49 anos em epidemias maduras onde os contactos heterossexuais são a maior forma de transmissão. Moçambique é um desses países. Conseqüentemente, nós podemos empregar dados dos postos sentinela para medir a prevalência geral em adultos, homens e mulheres conjuntamente, entre 15 a 49 anos. Além disso, nós podemos usar formulas matemáticas para estimar taxas de prevalência específicas predominantes tanto para homens e mulheres, e para grupos quinquenais de idade .

2. No futuro, devemos considerar adicionar outras fontes de dados de prevalência, tais como centros de VCT (Centros de Aconselhamento e Teste Voluntários) ?

Por muitos anos, a prevalência do HIV tem sido medida em outras populações além de mulheres grávidas, principalmente pacientes com TB e DTS e, doadores de sangue. Nos próximos anos, numerosos centros de VCT serão abertos, e irão também testar o HIV.

Para medir as mudanças na prevalência do HIV periodicamente, é importante que as amostras sejam tão representativas quanto possível da população global e que seja sempre constante. No caso de pacientes com TB e com DTS, sabemos que estar infectado com uma DTS torna a pessoa mais vulnerável a infecção pelo HIV, e que as pessoas infectadas com HIV são mais propensas a desenvolver TB. Por conseguinte, estas duas populações clínicas, são propensas a ter a prevalência mais elevada do HIV do que a população geral.

O problema do uso de doadores de sangue para medir a variação da prevalência periodicamente, é que as características das pessoas que dão sangue também mudam periodicamente. Em alguns anos, campanhas especiais, recrutaram doadores de sangue de exércitos ou de indústrias selecionadas. Isto muda as características dos doadores de sangue de ano para ano. Agora, os potenciais doadores de sangue são selecionados de modo a excluir aquelas pessoas que podem estar em alto risco de infecção do HIV. Se a selecção for efectiva, os doadores de sangue devem ter prevalências de HIV mais baixas do que a população geral.

Centros de VCT irão também testar o HIV. Porém, pessoas que frequentam estes centros são auto-selecionadas (voluntários) e não representativas da população geral. Elas podem ser mais jovens do que a população geral e sentir que têm uma alta probabilidade de serem infectadas com o HIV.

Por conseguinte, entre as várias populações alternativas, peritos internacionais concordam que as mulheres grávidas são ainda o melhor e mais representativo grupo populacional a ser usado na medição da prevalência do HIV em adultos e para monitorar periodicamente as variações na prevalência do HIV.

3. Porque é que a prevalência baixou no Norte?

A prevalência não baixou no Norte! Antes de 2000, não havia pesquisas em larga escala do HIV no Norte. Em 1999 peritos nacionais recomendaram a estimativa da prevalência do HIV no Norte com base nos níveis de prevalência do Sul. Nós agora sabemos que estas estimativas estavam erradas e as antigas hipóteses foram substituídas com dados reais dos postos sentinela da ronda do ano 2000.

Nós sabemos que a prevalência continua a crescer no Sul. *É muito provável que a prevalência esteja a crescer também no Norte e que se intervenções imediatas e efectivas não forem implementadas, daqui a 10 anos a prevalência no Norte poderá crescer e vir a ser quase tão elevada como foi inicialmente projectada.*

4. Não seria melhor usar amostras representativas da população geral, em vez das dos Postos Sentinela?

Muitas pesquisas demográficas conduzidas pelo INE tais como pesquisas de demografia e saúde e pesquisas de padrões de vida - usam amostras de agregados familiares representativas. Neste tipo de pesquisas os agregados (ou lares) são seleccionados pelas amostras baseadas no último censo e todos os individuos destas famílias são entrevistados. Seria teoricamente possível usar este tipo de amostragem para estimar a prevalência do HIV, mas ainda há muitos problemas e os resultados obtidos de amostras de agregados familiares representativas podem não ser mais precisos/fiáveis que as estimativas dos postos sentinela.

Primeiro, tais pesquisas largas, são muito dispendiosas para conduzir e não podem ser sustentadas sem apoio de doadores. O Ministerio da Saúde, que é responsável por monitorar a prevalência do HIV/SIDA, está comprometido a implementar e melhorar o sistema de vigilância que pode ser mantido com recursos humanos e financeiros nacionais.

Segundo, todas as amostras de pesquisas devem respeitar os direitos humanos e obter consentimento de todos os participantes, previamente informados sobre o assunto. Isto significa que qualquer um pode recusar ser testado para o HIV por qualquer razão, e se numerosas pessoas ou individuos com características especiais recusarem ser testadas, as estimativas resultantes da pesquisa podem não representar fielmente a prevalência do HIV na população geral. Porque as amostras de sangue nos postos sentinela são colhidos de forma anónima e não relacionada, elas não sofrem este tipo de vícios selectivos no processo de selecção.

Um estudo publicado em 2001 comparando a prevalência do HIV medido nos adultos na comunidade com a outro medido nos postos sentinela em clínicas pré-natais nos Camarões, Kenya e Zambia. Este estudo, descobriu que nos Camarões e no Kenya, a prevalência pré-natal do HIV, subestimava a prevalência para todas as mulheres, e era similar à prevalência combinada masculina e feminina na população geral. No Kenya, a prevalência do HIV em pacientes de clínicas pré-natais era similar com aquela das mulheres na população em todas as idades.

O mesmo estudo, reportou que, na pesquisa da população, as taxas de resposta eram reduzidas pela dificuldade de encontrar todos os individuos indicados, e que as taxas de resposta para homens eram mais baixas (menores) do que para as mulheres de cada lugar do estudo. Os autores também encontraram incoerências na reportagem de dados sobre a actividade sexual na pesquisa populacional: muitos dos que reivindicam nunca terem sido sexualmente activos tinham HIV.

5. Que critério foi usado para seleccionar os novos postos sentinela?

Os quatro postos sentinela originais eram claramente poucos: não havia postos em zonas rurais ou no Norte. A rede expandida foi desenhada para incluir 2 postos em cada provincia, com a excepção da Cidade de Maputo e Maputo provincia que têm um posto cada, as provincias de Zambézia e Nampula que têm 3 postos cada. Isto teria incluído 18 novos postos, mais os 4 postos originais.

Para medir as diferenças urbano-rural dentro de cada provincia, um posto devia estar localizado na cidade capital e outros postos na zona rural/peri-urbana. Para obter estimativas confiáveis, cada posto devia colher 300 amostras de sangue de mulheres grávidas na primeira consulta pré-natal, nas clínicas, dentro de um período de estudo de 3 meses. Estas exigências, limitaram os postos sentinela aos postos de saúde maiores; pequenos postos e isolados não teriam um número suficientes de pacientes no período de estudo. Finalmente, todos os postos foram requeridos para participar no controlo de qualidade, incluindo formação, treino e supervisão. O posto de Caia foi eliminado porque não satisfaz os requisitos de controlo de qualidade. O Posto de Vilankulos não funcionou porque a equipa não compareceu ao treinamento.

V. Conclusões

O recente encontro de consenso sobre os dados de prevalência do HIV teve o privilégio de contar com a presença de Sua Excelência o Ministro da Saúde do Governo de Moçambique, do Sr. Presidente do Instituto Nacional de Estatística, do Director Nacional de Saúde Adjunto para a Área de Epidemiologia e Endemias e da Sra Secretária Executiva do Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA.

Após a apresentação e discussão dos novos dados da Vigilância Epidemiológica chegou-se às seguintes conclusões:

1. A metodologia utilizada era internacionalmente reconhecida e que se ajustava à realidade do país. Como qualquer metodologia há sempre indivíduos a favor e outros contra. No entanto, face ao desenvolvimento da estatística e demografia o que se observa hoje é que na essência os resultados a alcançar são praticamente os mesmos.
2. A utilização do estado de seropositividade das mulheres grávidas como informação base nos postos sentinela continua a ser válida para extrapolarem-se estimativas na população adulta.
3. Os valores encontrados em relação às zonas sul e centro estão dentro das estimativas encontradas em 1999 quando funcionavam apenas 4 postos sentinela.
4. Apesar de encontrar-se uma seroprevalência média nacional inferior à de 1999, o encontro reafirmou a gravidade da situação e reconheceu que esta diminuição deve-se essencialmente à sobrevalorização feita anteriormente em relação à região norte.
5. As diferenças regionais provam mais uma vez que o país é um verdadeiro mosaico de culturas, tradições e hábitos.
6. Há necessidade de se estudar melhor os movimentos migratórios internos que poderão contribuir para uma melhor validação dos resultados encontrados.
7. Especial atenção deve ser dedicada às zonas onde vivem mineiros tendo em conta os resultados encontrados na Província de Gaza.
8. Há necessidade de se aprofundar melhor as razões da baixa seroprevalência na região norte do país através de estudos socio-antropológicos dirigidos e propôs-se o envolvimento do Dr. Sulemane M'bomp, do Senegal.
9. No futuro deve-se envolver outros cientistas internacionais para avaliar-se o tipo de vírus circulante pois é reconhecida a variedade de virulência dos seus diferentes serotipos.
10. A colaboração entre várias instituições neste tipo de actividade continua a ser muito importante, é de saudar o trabalho realizado. É esta pesquisa permanente que vai permitir que nos aproximemos cada vez mais da realidade do país.

Como conclusão, constatou-se que o problema do HIV/SIDA em Moçambique era/é grave, muito haverá que fazer, que o aumento dos postos sentinela em muito irá beneficiar o conhecimento mais real da situação do País. Com estes novos resultados pode-se desde já iniciar com o trabalho de avaliação do impacto demográfico na população moçambicana, instrumento importante para a advocacia, planificação ao nível dos vários sectores da sociedade incluindo o governo, prespctivar-se o futuro de Moçambique.

Anexo 1
Identificação dos distritos similares aos Postos Sentinela

Sul		Centro		Norte	
Distrito	Posto de referência	Distrito	Posto de referência	Distrito	Posto de referência
Maputo Cidade		Zambézia		Niassa	
Chamanculo	C.S. José Macamo	C.Quelimane	C.S. 24 de julho	C. de Lichinga	C.S. Mandimba
José Macamo	C.S. José Macamo	Alto Molócuè	C.S. 25 Setembro	Cuamba	H.R. Cuamba
Mavalane	C.S. José Macamo	Chinde	H.R. Angoche	Lago	C.S. Mandimba
Maputo Provincia		Gilé	C.S. 25 Setembro	Lichinga	C.S. Mandimba
		Gurue	H.R. Milange	Majune	C.S. Mandimba
		Ile	H. R. Mocuba	Mandimba	C.S. Mandimba
C.Matola	C.S. José Macamo	Inhassunge	C.S. 24 de julho	Marrupa	C.S. Mandimba
Boane	C.S. Manhiça	Lugela	H. R. Mocuba	Maúa	C.S. Mandimba
Magude	C.S.Chókwé	Maganja da Costa	H. R. Mocuba	Mavago	H.R. Angoche
Manhiça	C.S. Manhiça	Milange	H.R. Milange	Mecanhelas	H.R. Cuamba
Marracuene	C.S. Manhiça	Mocuba	H. R. Mocuba	Mecula	H.R. Angoche
Matutuine	C.S.Chókwé	Mopeia	H.R. Milange	Metarica	C.S. Mandimba
Moamba	H.R. Milange	Morrumbala	H.R. Milange	Muembe	H.R. Angoche
Namaacha	H.R. Milange	Namacurra	H. R. Mocuba	Ngaúma	C.S. Mandimba
Gaza		Namarrói	H. R. Mocuba	Nipepe	H.R. Angoche
		Nicoadala	C.S. 24 de julho	Sanga	H.R. Angoche
		Pebane	H.R. Angoche		
C.Xai-Xai	C.S. Xai-Xai	Sofala			
Bilene Macia	C.S.Chókwé				
Chibuto	C.S.Chókwé				
Chicualacuala	C.S.Chókwé	C. da Beira	C.S. Ponta-Gêa		
Chigubo	C.S.Chókwé	Búzi	H.R. Catandica		
Chókwè	C.S.Chókwé	Caia	H.R. Milange		
Guijá	C.S.Chókwé	Chemba	H.R. Catandica		
Mabalane	C.S.Chókwé	Cheringoma	H.R. Catandica		
Manjacase	C.S.Chókwé	Chibabava	H.R. Catandica		
Massangena	C.S.Chókwé	Dondo	C.S. 24 de julho		
Massingir	C.S.Chókwé	Gorongosa	H.R. Catandica		
Xai-Xai	C.S. Xai-Xai	Machanga	H.R. Angoche		
		Maringue	H.R. Catandica		
		Marromeu	H.R. Catandica		
		Muanza	H.R. Catandica		
		Nhmatanda	C.S. 24 de julho		

Anexo 1, continuação

Sul		Centro		Norte	
Distrito	Posto de referência	Distrito	Posto de referência	Distrito	Posto de referência
Inhambane		Manica		Nampula	
C.Inhambane	C.S.Maxixe	C. de Chimoio	C.S. E. Mondlane	C. de Nampula	C.S. 25 Setembro
Funhalouro	C.S.Chókwé	Barue	H.R. Catandica	Angoche	H.R. Angoche
Govuro	H.R. Angoche	Gondola	C.S. E. Mondlane	Erati	H.R. Montepuez
Homoíne	C.S.Maxixe	Guro	C.S.Changara	C. Ilha de Moç	H.G. Nacala
Inharrime	C.S.Chókwé	Machaze	C.S.Chókwé	Ialaua	H.R. Cuamba
Inhassoro	H.R. Angoche	Macossa	H.R. Catandica	Malema	H.R. Cuamba
Jangamo	C.S.Maxixe	Manica	C.S. E. Mondlane	Meconta	C.S. 25 Setembro
Mabote	C.S.Chókwé	Mossurize	C.S.Chókwé	Mecuburi	C.S. 25 Setembro
Massinga	C.S.Maxixe	Sussundenga	C.S. E. Mondlane	Memba	H.G. Nacala
C.Maxixe	C.S.Maxixe	Tambara	H.R. Catandica	Mogincual	H.R. Angoche
Morrumbene	C.S.Maxixe	Tete		Mogavolas	H.R. Angoche
Panda	C.S.Chókwé			Moma	H.R. Angoche
Vilanculos	C.S.Maxixe	C.de Tete	C.S. No. 3 (C.Tete)	Monapo	H.G. Nacala
Zavala	C.S.Chókwé	Angónia	H.R. Milange	Mossuril	H.G. Nacala
		Cahora Bassa	C.S. No. 3 (C.Tete)	Muecate	C.S. 25 Setembro
		Changara	C.S.Changara	Murrupula	C.S. 25 Setembro
		Chifunde	H.R. Milange	C.Nacala-Porto	H.G. Nacala
		Chiuta	C.S.Changara	Nacala Velha	H.G. Nacala
		Macanga	H.R. Milange	Nacaroa	C.S. 25 Setembro
		Magoé	C.S.Changara	Nampula Rapale	C.S. 25 Setembro
		Maravia	H.R. Milange	Ribáuè	C.S. 25 Setembro
		Moatize	C.S. No. 3 (C.Tete)	Cabo Delgado	
		Mutarara	H.R. Milange	C. de Pemba	C. Pemba
		Tsangano	H.R. Milange	Ancuabe	C. Pemba
		Zumbo	H.R. Milange	Balama	H.R. Montepuez
				Chiure	H.R. Montepuez
				Ilha do Ibo	H.R. Angoche
				Macomia	H.R. Angoche
				Mecufi	H.R. Angoche
				Meluco	H.R. Angoche
				Mocimboa da Praia	H.R. Angoche
				Montepuez	H.R. Montepuez
				Mueda	H.R. Montepuez
				Muidumbe	H.R. Montepuez
				Namuno	H.R. Montepuez
				Nangade	H.R. Montepuez
				Palma	H.R. Angoche
				Pemba-Metuge	C. Pemba
				Quissanga	C. Pemba