

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**“A EPIDEMIA PELO HIV/AIDS E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE A SAÚDE
DA POPULAÇÃO MOÇAMBICANA (1986 A 2003)”**

por

António Manuel Sousa

Orientador: Prof.Dr. Francisco Inácio Bastos

Co-Orientador: Prof. Dr. Fernando Telles

Rio de Janeiro, 2007

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública

**“A EPIDEMIA PELO HIV/AIDS E SUAS REPERCUSSÕES SOBRE A SAÚDE
DA POPULAÇÃO MOÇAMBICANA (1986 A 2003)”**

António Manuel Sousa

Dissertação apresentado à Escola
Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca,
Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção
do grau de Mestre em Saúde Pública –
área de concentração em Epidemiologia
Geral.

Rio de Janeiro, 2007

Dedicatória

Dedico este trabalho a minha família, irmãos, tios, sobrinhos, primos e amigos;

A eles meus reconhecimento pela esperança que depositam em mim e apoio moral na minha busca do saber entre todos os possíveis desafios longe da terra natal.;

Ao meu pai Manuel (falecido) e a Minha Mãe Lurdes, espero que este trabalho seja motivo de empáfia dos pais que sempre incentivaram na formação desde os primeiros passos da vida. Agradeço o amor, apoio, incentivo, partilha e paciência.

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos aos meus orientadores, Prof^o. Dr. Francisco I. Bastos e Prof^o. Dr. Fernando Telles que acreditaram no projeto proposto e posterior desenvolvimento do mesmo que resultou neste trabalho. Ao Prof^o. Dr. Joaquim Valente pela sua boa intenção e o primeiro a acreditar neste projeto. A todos meus agradecimentos pelo credito que depositaram na minha capacidade para realização do presente trabalho com zelo e fé direcionado a um conhecimento científico de qualidade.

Ao Departamento de Epidemiologia e Métodos Quantitativos em Saúde (DEMQS) – ENSP/FIOCRUZ em especial Márcia Lázaro, professores e assistentes, pela credibilidade, acolhimento, apoio, incentivo neste processo de busca do saber e conhecimento científico.

Aos professores e funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública/ENSP pela afeição e estímulo ao aprendizado, ao inesquecível Professor Marcelo G. Cunha e a Professora Rosalina Koiffman

Ao Centro de Investigação Operacionais da Beira (CIOB) pelo Bruno que me acolheu e disponibilizou o Banco de dados usado neste trabalho. E ao Pessoal do Centro de documentação do MISAU-Moçambique.

A todos os companheiros da pós-graduação turma Mestrado 2005 na ENSP-FIOCRUZ

A CAPES/CNPq que proporcionou auxílio financeiro através Programa Estudante Convênio de Pós-Graduação (PEC-PG).

Aos meus familiares, amigos que me deram e me dão muito apoio inclusive para que conseguisse viajar ao Brasil e concretizar este trabalho.

A todos os colaboradores que de alguma forma (direta e/ou indiretamente) participaram na realização deste trabalho, a eles meus sinceros agradecimentos.

SUMÁRIO

ABREVIATURAS	7
LISTA DE TABELAS	10
LISTA DOS MAPAS	12
LISTA DOS GÁFICOS	13
LISTA DE DIAGRAMAS	14
RESUMO	15
ABSTRACT	16
CAPÍTULO I - Introdução	17
I.1. HIV/AIDS	17
I.2. A AIDS no Mundo	18
I.3. A AIDS na África	20
I.3.1 A AIDS/SIDA em Moçambique	25
II.1. Localização geográfica, descrição física e climática	31
II.2. Breve história de Moçambique	33
II.3. Situação sócio-econômica	34
II.4. Sistema Nacional de Saúde e a Saúde da população moçambicana	38
II.5. A resposta à epidemia	41
CAPÍTULO III - Justificativa e Objetivos	52
III.1. Objetivo Geral	53
III.2. Objetivos Específicos	53
CAPÍTULO IV - Métodos	54
IV.1. Limitações do estudo	55
IV.2. O Banco	56
IV.3. Serviços de ATV	56
IV.4. A Província de Sofala, localização geográfica	58
IV.5. Perfil epidemiológico da Província de Sofala	60
CAPÍTULO V - Apresentação e Análise dos Resultados	63
V.1 Descrição dos resultados dos testes HIV-positivos (soro-reagentes para a infecção pelo HIV), segundo variáveis selecionadas	65
CAPÍTULO VI - Discussão	74

CAPITULO VII - Considerações finais	84
BIBLIOGRAFIA	86
ANEXOS	99

ABREVIATURAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome

AIM - AIDS Impact Model

AZT – Azidotimidina (também conhecido por Zidovudina)

AMODEFA - Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família

ATV - Atendimento e Testagem Voluntário

CAP - Conhecimentos, Atitudes e Práticas

CBO - Organização Comunitária de Base

CIOB - Centro de Investigações Operacionais de Beira

CNCS - Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA

CRIS - Country Response Information System

CS – Centro de Saúde

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

ELISA – Enzyme Linked ImmunoSorbent Assay

FAC – Fundo de Ajuda à Cooperação

FIV - Feline Immunodeficiency Virus

FMI - Fundo Monetário Internacional

FRELIMO – Frente Libertação de Moçambique

GATV – Gabinete de Testagem Voluntário

GNP - Gross National Product

GTZ - Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agência Alemã de Cooperação)

HAI - Health Action International

HDD - Hospital de Dia

HIV - Human immunodeficiency Virus

HIV-1 - Human immunodeficiency Virus type 1

HIV-2 - Human immunodeficiency Virus type 2

HP – Hospital Provincial

HR – Hospital Rural

IDS – Inquérito Demográfico e de Saúde

IEC - Informação, Educação e Comunicação

IHD - Índice de Desenvolvimento Humano
IHP - Índice da Pobreza Humana
ILO - International Labour Organization
INE – Instituto Nacional de Estatística
INPS - Inquérito Nacional sobre a Prevenção da SIDA
IST – Infecção Sexualmente Transmissíveis
ITS – Infecção de Transmissão Sexual
LAC – Laboratório de Análise Clínica
MADER - Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural
MDG - Meta de Desenvolvimento do Milênio
MISAU – Ministério de Saúde
MJD – Ministério da Juventude e Desporto
MPF – Ministério de Planos e Finanças
MSF - Médicos Sem Fronteiras
NNRTI - Inibidores Não-Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
NRTI - Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
OMS – Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
ONUSIDA - Programa das Nações Unidas para o SIDA
PARPA - Plano de Ação do Governo para a Redução da Pobreza Absoluta
PEN – Plano Estratégico Nacional
PEN I - Plano Estratégico Nacional (primeiro)
PEN II - Plano Estratégico Nacional (segundo)
PNC-ITS/HIV/SIDA - Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV/SIDA
PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PRSS - Programa de Renovação do Sector de Saúde
PS – Posto de Saúde
PTV - Prevenção da Transmissão Vertical
RDH - Relatório Demográfico Humano
RENAMO – Resistência Nacional de Moçambique
RNA - Ribonucleic Acid
SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SIV - Simian Immunodeficiency Vírus
SIVsm - Simian Immunodeficiency Vírus Sooty mangabey

SADC - South African Development Community

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SAAJ - Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens

SWAA – Society for Women and AIDS in Africa

TARV - Terapia Anti-retroviral

TB – Tuberculose

UNAIDS - United Nations Programme on HIV/AIDS

UNFP - United Nation Population Fund

UNICEF - United Nations Children's Fund

US – Unidade Sanitária

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos casos de SIDA/AIDS, segundo ano de diagnóstico em Moçambique, 1986-1991	25
Tabela 2. Distribuição dos casos de SIDA/AIDS segundo Províncias, Moçambique, 1986 - 1991	26
Tabela 3. Distribuição da frequência de infecções oportunistas, entre os 340 casos de SIDA/AIDS em Moçambique, 1986-1991	27
Tabela 4. Distribuição de casos notificados de AIDS/SIDA por província. Moçambique, 2000-2003.....	30
Tabela 5. Estimativa de população total e por província, Moçambique, 2005.....	31
Tabela 6. Proporção da população que ganha menos do que 1 (um) e 2 (dois) dólares/pessoa/dia. Moçambique, 2005.....	36
Tabela 7. Indicadores educacionais básicos em Moçambique e África subsaariana, 2001.....	37
Tabela 8. Distribuição e localização dos HDD em Moçambique, com o respectivo início da TARV, 2001-2004	43
Tabela 9. Distribuição de GATV por províncias em 2003 e projeções de novas unidades para 2004. Moçambique, 2003	45
Tabela 10. ONG registradas no <i>Country Response Information System</i> (CRIS). Moçambique, 2005	45
Tabela 11. Medicamentos anti-retrovirais disponíveis em Moçambique, 2004.....	46
Tabela 12. Lista de laboratórios privados que realizam testes de CD4+, CD8+ e/ou carga viral em Moçambique, 2003	48
Tabela 13. Distribuição da População da Província de Sofala por Distrito, 2004	58
Tabela 14. Distribuição da população da Província de Sofala por Distrito, distribuição de Posto de Saúde (PS), Centro de Saúde (CS), Hospitais Rurais (HR) e Hospitais Provinciais (HP), 2003	60
Tabela 15. Evolução da notificação de casos de AIDS e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/ITS), na Província de Sofala, 2000-2003	61
Tabela 16. Distribuição das amostras discriminadas por sexo. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005.....	64
Tabela 17. Distribuição das amostras, em número (e percentagens correspondentes à distribuição anual de resultados por status serológico), segundo ano de realização	

dos exames e status sorológico para o HIV. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005	64
Tabela 18. Distribuição dos casos HIV-positivos segundo sexo. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005	65
Tabela 19. Distribuição dos casos de HIV/AIDS por sexo e faixa etária por ano. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2003.....	66
Tabela 20 Distribuição de casos HIV-positivos por ano e escolaridade na Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005.....	69
Tabela 21. Distribuição dos casos HIV-positivos por razão principal da visita e/ou teste. Sofala, Moçambique, 2002-2005.....	70
Tabela 22. Distribuição dos casos HIV-positivos segundo história de DST (auto-referida), nos últimos 12 meses. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005.....	71
Tabela 23. Distribuição dos casos HIV-positivos segundo resposta à questão sobre uso de preservativo na última relação sexual. Sofala, Moçambique, 2002-2005	72
Tabela 24. Distribuição de casos de HIV/AIDS segundo situação conjugal, Sofala-Moçambique, 2002 a 2005	73
Tabela 25. Distribuição dos casos de HIV/AIDS segundo área de residência Sofala-Moçambique, 2002-2005	73

LISTA DOS MAPAS

Mapa 1. Mapa de Moçambique	32
Mapa 2. Localização dos 36 Postos Sentinela do HIV em Moçambique.....	42
Mapa 3. Mapa da Provincia de Sofala.....	59

LISTA DOS GÁFICOS

Grafico 1. Padrão da distribuição dos casos HIV+, segundo faixa etária e sexo. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005.....	67
Grafico 2. Distribuição de casos HIV-positivos por sexo e faixa etária. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005.....	68
Grafico 3. Padrão de distribuição dos casos HIV positivos, por nível da escolaridade e gênero. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005	69
Grafico 4. Padrão de distribuição dos casos HIV positivos, por ano e as principais razões de visita aos serviços de ATV. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005	71

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1. Padrão esquemático de transmissão do HIV na população de Moçambique68

RESUMO

Em 1997, data do último censo, a população moçambicana era em número de 16.099.246 habitantes. Segundo as estimativas do Instituto Nacional de Estatística em Moçambique (INE) referente a 2005, a população moçambicana é de 19.420.036 habitantes. Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' longitude Este. Ao Norte, faz limites com a Tanzânia; a Oeste, com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia e, ao Sul, com a África do Sul. A superfície do seu território é de 799.380 km².

Nas décadas de 1960 e 70, assim como ocorreu em diversos países africanos, Moçambique se tornou independente, após mais de 500 anos de colonização portuguesa. Poucos anos depois da independência foi desencadeada guerra civil no país, que durou cerca de 16 anos.

Este trabalho tem como objetivo descrever as principais tendências da epidemia de HIV/AIDS em Moçambique, enquanto um dos principais problemas de saúde pública do País, buscando reconstruir, no tempo e no espaço, a evolução da epidemia e a resposta local à epidemia. Isto é feito através da revisão da literatura pertinente e da análise das informações disponíveis no Sistema da Saúde em Moçambique. Objetiva-se, antes de tudo, cotejar e contrastar (do ponto de vista histórico e estrutural) o impacto dos diferentes problemas enfrentados pelo país ao longo das três últimas décadas e a dinâmica da epidemia no período.

Com base em dados de publicações oficiais do país e de serviços de atendimento voluntário, analisa-se a situação epidemiológica referente ao período de 1986-2003, referente à Província de Sofala, como estudo de caso da realidade regional da epidemia. O estudo descreve padrões epidêmicos potencialmente associados ao contexto sócio-demográfico e respectivas vulnerabilidades. Na realização desse trabalho foram utilizados bancos de dados secundários dos serviços de ATV da Província de Sofala e informações documentais de âmbito nacional. Deve ser destacado que os bancos dos serviços de ATV prestam-se apenas a estudos descritivos. Isto impediu o estabelecimento de inferências estatísticas a respeito das tendências da epidemia.

Palavras-chave: HIV; SIDA/AIDS, Epidemiologia; Moçambique; Epidemia; Província de Sofala; Pobreza; Vulnerabilidades; Conflitos e Guerra civil.

ABSTRACT

In 1997, date of the last census, the Mozambican population totalized 16,099,246 inhabitants. According to the estimates of the National Institute of Statistics from Mozambique (INE), the Mozambican population was of 19,420,036 inhabitants, in 2005. Mozambique is located in the Southeastern stripe of the African Continent, between the parallels 10°27' and 26°52' to the South (latitude), and between the meridians 30°12 ' and 40°51' to the East (longitude). To the North, it has borders with Tanzania; to the West, with Malawi, Zambia, Zimbabwe, and Swaziland, and to the South, with South Africa. The surface of its territory is 799,380 km².

In the 1960s and 70s, as happened in different African countries, Mozambique became independent, after more than 500 years under Portuguese colonial rule. Immediately after independence, civil war started in the country, and lasted for about 16 years.

This dissertations aims to describe the main trends of the epidemic of HIV/AIDS in Mozambique, as one of the main public health problems faced by the Country, through the reconstruction, in time and space, of the dynamic of the epidemic and the local response to the epidemic. That is achieved through literature review and the analysis of available information from the Mozambique Health System. The study aims, first of all, to compare and contrast (from the historical and structural point of view) the impact of the different problems faced for the country over the three last decades and the dynamic of the epidemic in that period.

Based on official publications and data on Voluntary Counseling and Testing (VCT) centers, the dissertation assesses HIV/AIDS epidemiology from 1986 to 2003. The Province of Sofala was considered as a case study of the epidemic regional patterns. The descriptive study assesses the epidemic patterns in the context of the local demographics and social structure, highlighting the respective vulnerabilities. These analyses are based on secondary databases from the VCT centers from Sofala, besides broader documents, with a national scope. The available databanks are not accurate enough in order to permit statistical analyses, then restricting inference and the generalizability of findings.

Words keys: HIV/AIDS, Epidemiology; Mozambique; Epidemic; The Province of Sofala; Poverty; Vulnerabilities; Riots and civil war.

CAPÍTULO I - Introdução

I.1. HIV/AIDS

A despeito da inércia e mesmo omissão com a qual a questão foi encarada no seu início por diversos governos, na década de 1980, a epidemia de AIDS/SIDA, gradualmente, passou a despertar a atenção dos organismos governamentais e das organizações vinculadas à saúde no Mundo, em virtude de sua enorme magnitude e gravidade, especialmente nos países mais pobres.

A AIDS/SIDA é uma doença, ou, de forma mais precisa, uma síndrome, decorrente da infecção por um retrovírus, o HIV, identificado no início dos anos 1980 (Barre-Sinoussi et al., 1983), e transformou-se, em um curto período de tempo, numa pandemia, com conseqüências graves para a Saúde Pública e a economia de diversos países e sociedades.

Como todos os Vírus RNA, os HIV tipos 1 e 2 apresentam uma elevada taxa de mutação, formando populações heterogêneas de mutantes (Thomson & Najera, 2005). A observação dos dois tipos de HIV (HIV-1 e HIV-2) ao microscópio eletrônico evidencia vírus em tudo semelhantes entre si. Entretanto, estes dois tipos diferem no peso molecular de suas proteínas, assim como em seus genes acessórios.

O HIV-1 é um retrovírus, pertencente à família dos lentivírus. As infecções pelos lentivírus evoluem, caracteristicamente, por um período longo, assintomático, tradicionalmente dito “de latência”, ainda que tal apresentação clínica não traduza precisamente o que se passa ao nível celular: uma replicação viral persistente, afetando todo o organismo, especialmente, o sistema imunológico e o sistema nervoso central.

As infecções pelo vírus Visna, nos carneiros, as infecções pelo Simian Immunodeficiency Virus (SIV), nos símios (antropóides não humanos), ou as infecções pelo Feline Immunodeficiency Virus (FIV), nos gatos, são exemplos típicos de infecções pelos lentivírus (Rubbert et al., 2006). Transcorrido determinado tempo (que varia de indivíduo para indivíduo, e também em função das diferentes cepas virais), o sistema imunológico do organismo se vê seriamente comprometido, tornando o organismo suscetível a diferentes infecções e doenças.

O HIV-2 é geneticamente mais próximo do SIV (Vírus da Imunodeficiência Símia), encontrado em macacos Sooty mangabey (o vírus SIVsm).

O HIV-1, provavelmente, foi introduzido na população humana através do contato com chimpanzés infectados. Tanto o HIV-1 como o HIV-2 se replicam em células que possuem receptores CD4+, como os linfócitos, essenciais à resposta imune do hospedeiro, embora a imunodeficiência seja menos grave nos indivíduos infectados pelo HIV-2 (Rubbert et al., 2006).

A contagem de células CD4+, CD8+ e a mensuração da carga viral são essenciais à avaliação do estado do sistema imunológico das pessoas infectadas e da necessidade de tratamento com anti-retrovirais. As células CD4+ integram as células de defesa contra infecções por vírus, fungos e protozoários, que normalmente atuam na resposta imune. Estas células constituem o alvo principal do HIV. A destruição dos linfócitos CD4+ é a principal causa da imunodeficiência observada na SIDA/AIDS, e a redução dos níveis de linfócitos CD4+ é um dos melhores indicadores da emergência de doenças oportunistas, ao lado da mensuração da carga viral (UNAIDS 2003).

As células CD8+ são leucócitos com uma proteína (CD8) na sua superfície. Estes leucócitos são capazes de eliminar alguns tipos de células cancerosas e células infectadas por patógenos intracelulares.

O teste da carga viral mede a quantidade de RNA do HIV no sangue. A literatura indica que a carga viral é o melhor indicador do risco de progressão da infecção pelo HIV, sendo um preditor comparativamente mais acurado da evolução clínica do que a contagem de células CD4+. Quanto mais baixo for o nível da carga viral (idealmente, indetectável), maior o tempo de sobrevivência das pessoas vivendo com SIDA/AIDS (Battegay et al., 2006).

I.2. A AIDS no Mundo

A história da humanidade é atravessada por várias epidemias que realçaram o problema da saúde da população ao nível mundial, como também na sua dimensão nacional ou regional. Desde a década de 1980, a epidemia do HIV/AIDS tem representado uma das maiores preocupações no contexto da saúde humana, ameaçando de forma constante o desenvolvimento e o bem-estar humano.

No mundo, até 2004, as estimativas revelavam que uma entre cada cem pessoas, num total correspondente a 40 milhões de indivíduos com idade superior aos 15 anos, eram soropositivas (estavam infectadas) para o HIV e que cerca de 2,5 milhões de crianças

(menores de 15 anos), eram soropositivas (Jackson, *apud* ONUSIDA/OMS, 2003). A *AIDS Epidemic Update*, publicada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (UNAIDS), em dezembro de 2003, estimou que 5 (cinco) milhões de novas infecções e 3 (três) milhões de mortes entre adultos e crianças ocorreram, em todo o mundo, naquele ano. A África subsaariana¹, e sobretudo a África Austral², registra uma das epidemias mais graves de HIV/AIDS no mundo, albergando mais de dois terços das pessoas seropositivas vivendo hoje, em todo o mundo.

Cabe observar que, em paralelo à epidemia de grande magnitude e persistência nos países em desenvolvimento, vem se observando em alguns países desenvolvidos, em anos recentes, a emergência e/ou recrudescimento de doenças até então pouco expressivas e/ou controladas (como é o caso da própria AIDS, da Febre do Nilo e das hantavirose). Foram registradas nos países de renda mais elevada 75.000 novas infecções pelo HIV, em 2001, e 80.000, em 2003 (ONUSIDA/OMS, 2001, 2003). No Japão, por exemplo, cuja prevalência de HIV na população geral é extremamente baixa, os níveis de infecção vêm experimentando um aumento progressivo, associado ao aumento das taxas de infecção de outras doenças de transmissão sexual (ONUSIDA/OMS, 2001, 2003).

A prevalência do HIV em adultos (população geral) na África do norte e Oriente Médio, em toda a Ásia, na região do Pacífico, na América Latina e na Europa do Leste se situa na faixa de 0,1-0,9%. Esses dados, à semelhança das estimativas para a maioria dos países desenvolvidos (Jackson, 2004:11), “mascaram” epidemias sub-regionais, principalmente quando se trata de países com imensa extensão territorial e grande população, como é o caso da China e Índia. Os dados agregados mascaram ainda realidades epidêmicas específicas, de natureza totalmente distinta. Por exemplo, em algumas áreas de muitas dessas regiões e países, a dinâmica da epidemia sofre a influência marcante do uso compartilhado de drogas injetáveis (por exemplo, na província de Yunan, na China, ou na Ucrânia, no leste europeu) e de práticas de transfusão de sangue sem condições de segurança. Cabe ressaltar, ainda, o papel central dos profissionais do sexo na disseminação da epidemia em alguns

¹ A África subsaariana (em Portugal) ou África subsaariana (no Brasil), também conhecida por África Negra (ainda que muitos considerem esta forma politicamente incorrecta ou ofensiva) corresponde à região do continente africano a sul do Deserto do Saara, ou seja, aos países que não fazem parte do Norte de África. (pt.wikipedia.org/wiki/África_subsaariana)

² Região mais ao sul da África, banhada pelo Oceano Índico na sua costa oriental e pelo Atlântico na sua costa ocidental. Habitualmente, considera-se a África Austral como composta pelos seguintes países: *África do Sul *Angola *Botswana *Lesoto *Madagáscar *Malawi *Maurício *Moçambique *Namíbia *Swazilândia *Zâmbia *Zimbabwe (http://pt.wikipedia.org/wiki/África_Austral).

contextos, como nos países do sudeste asiático, a exemplo da Tailândia e, mais recentemente, no Camboja (ONUSIDA/OMS, 2001, 2003).

I.3. A AIDS na África

O continente africano concentra mais de 75% por cento da epidemia de HIV/AIDS em termos globais, principalmente, na África subsaariana. A emergência da epidemia na região, afetada por inúmeros problemas sociais e de saúde, determinou, rapidamente, conseqüências graves para a África Austral. Nesta região, até 2003, segundo Jackson (2004), a prevalência da infecção pelo HIV na população geral estimada a partir dos dados de pré-natal era superior a 30%, em diversos países.

As estimativas referentes a 2003, publicadas pelo Population Reference Bureau (2003) indicavam que 5,3 milhões de pessoas infectadas pelo HIV viviam na África do Sul (República Sul-Africana). A Nigéria concentrava, em 2003, mais de 3,5 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS. As prevalências nacionais entre adultos eram estimadas em mais de 30% na Swazilândia, Botswana e Lesoto; em mais de 20% na África do Sul (República Sul-Africana), Zâmbia e Zimbabwe; e em mais de 10% em Camarões, Moçambique, Quênia, República Central Africana e Malawi.

A África subsaariana, sobretudo na sua porção austral, vem sendo afetada pela epidemia mais grave e extensa de HIV/AIDS em todo o mundo. Cerca de 11 milhões de crianças (menores de 11 anos de idade) perderam um ou ambos os pais devido à AIDS no continente africano (UNICEF, 2003). Dados da ONUSIDA/UNAIDS e OMS (2003) indicam que, entre as mulheres jovens, a prevalência da infecção pelo HIV é de aproximadamente 50% nos países mais afetados, como Botswana, Lesoto e Swazilândia.

Em muitos países, as taxas elevadas de infecção por HIV fazem com que os casos e as mortes por AIDS tendam a continuar aumentando ao longo dos anos, determinando uma crise prolongada e profunda, na vida social e economia das zonas mais afetadas.

Na África subsaariana, as perspectivas de um desenvolvimento sustentável são cada vez mais complexas e desafiadoras, em decorrência de um maior contingente de pessoas pobres e da queda global do padrão de vida ao longo das duas últimas décadas. Diferentes indicadores socioeconômicos, em realidade, regrediram na região, em parte devido ao impacto do HIV/AIDS.

Devido à epidemia de HIV/AIDS, a expectativa de vida se reduziu substancialmente em diversos países da África subsaariana, somando-se a outros problemas relevantes em certas localidades, tais como a seca, fome, e as guerras civis. O Programa Conjunto das Nações Unidas em HIV/AIDS (UNAIDS/ONUSIDA, 2003) estima que a expectativa de vida caiu para menos de 40 anos em Botswana, Malawi, Moçambique e Swazilândia, enquanto para a região, como um todo, é hoje de 47 anos. Caso não houvesse a AIDS, a estimativa da expectativa de vida, para a região, seria de 66 anos.

Estudos publicados pelo UNAIDS/ONUSIDA (2006) revelam que quase 2/3 (63%) de todas as pessoas infectadas por HIV no mundo vivem na África subsaariana, correspondendo a 24,7 milhões de adultos e crianças. Estima-se que 2,8 milhões dessas pessoas tenham contraído a infecção pelo HIV em 2006 e que, neste mesmo ano, cerca de 2,1 milhões tenham morrido em decorrência da AIDS na África subsaariana, o que corresponde a cerca de 75% de todas as mortes por AIDS em todo o Mundo.

Na maioria dos países africanos, há importantes diferenciais urbano-rurais com relação às taxas de infecção pelo HIV. Ainda que com taxas mais baixas de infecção na zona rural, cabe observar que a maioria das pessoas infectadas vive nas áreas rurais, dado o imenso contingente populacional que habita as zonas rurais desses países. Outro aspecto relevante é que na maioria dos países da África subsaariana há mais mulheres infectadas pelo HIV do que homens, além do fato de que as mulheres tipicamente contraem a infecção pelo HIV em idades mais jovens do que os homens, perdendo, assim, mais anos potenciais de vida, contribuindo ainda para o incremento da transmissão materno-infantil.

Em estudos desenvolvidos na Swazilândia, Mathunjwa & Gary (2006) apontam as práticas culturais tradicionais como um dos fatores que contribuem com vulnerabilidade da população ao Vírus da AIDS/SIDA, principalmente as mulheres. Segundo os autores as práticas que estariam associadas à vulnerabilidade das mulheres são: as regras de socialização e os papéis subalternos das mulheres, o status subordinado das mulheres; a prática de dote e da incorporação da esposa à família do marido falecido como herança. O mito da cura da AIDS através de relações sexuais com mulheres virgens é comum a diversos países e culturas da região.

A epidemia vem determinando uma redução substancial na força de trabalho ativa da região. Se a epidemia continuar a se disseminar de acordo com o previsto no contexto dos cenários futuros elaborados por modelistas matemáticos, referentes às próximas duas décadas, haverá redução da força de trabalho em todos os países da Comunidade de Desenvolvimento

da África Austral (SADC³), com redução da população economicamente ativa. A maioria dos países, inclusive Moçambique, deverá enfrentar, conforme se prevê, declínios de mais de 10% da força de trabalho, entre 2000 e 2010.

Os países da África subsaariana enfrentam desafios em reduzir as taxas de fecundidade e reduzir a disseminação do HIV/AIDS (Kaida et al., 2006).

Os fatores que contribuem para a elevada prevalência do HIV na África subsaariana incluem a prevalência elevada de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o uso assistemático de preservativos (Nyindo, 2005).

Observa-se que algumas modalidades de ocupação, como a dos caminhoneiros de longa distância e dos trabalhadores sazonais, em razão da migração e da mobilidade sazonal, exigidas em tais atividades, desempenham importante papel na disseminação do HIV (Sunmola, 2005). A epidemia de HIV está minando a capacidade de desenvolvimento de diversos países da região, com efeitos sobre a oferta de mão-de-obra, poupança interna, segurança nacional e coesão social.

Estudo conduzido por Sunmola (2005), na Nigéria, entre caminhoneiros de longa distância, mostrou que o uso de preservativos é geralmente baixo e errático neste grupo de profissionais. Dos 412 caminhoneiros envolvidos no estudo, 70% conheciam medidas de prevenção ao HIV, mas somente 9% usavam regularmente os preservativos. Um dos motivos citados pelos caminhoneiros para o não uso dos preservativos foi de que os preservativos reduziam o prazer sexual (Sunmola, 2005).

A adequada compreensão das atitudes culturais associadas ao uso consistente e inconsistente dos preservativos é muito relevante para a promoção do seu uso como meio de proteção à transmissão do HIV (Bond & Dover, 1997). Segundo Bond & Dover (1997), questões culturais têm determinado barreiras ao uso de preservativos em muitos países africanos, principalmente na África Austral. O ideal subjacente às representações das populações da região sobre a sexualidade é de que o sexo é essencialmente um ato procriativo, desde que haja a potência masculina e a fertilidade feminina, o que se contrapõe, e mesmo secundariza, o medo e a consciência sobre a possibilidade de adquirir o HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis. Nesse caso, o uso do preservativo é geralmente negociado no contexto exclusivo dos relacionamentos de curto prazo e/ou ocasionais. Os homens e as mulheres têm atitudes negativas em relação à prevenção de HIV, e as mulheres,

³ Sigla em inglês (South African Development Community).

em função da sua dependência econômica e ideológica frente aos homens, estão em posição frágil para negociar o uso do preservativo.

O sistema do trabalho emigrante, na República Sul-Africana ou África do Sul, resultou em um mercado para a prostituição nas cidades de mineração e em redes geográficas relacionadas dentro e entre as comunidades urbanas e rurais daquele país (Jochelson et al., 1991). Esse sistema de trabalho emigrante está baseado nos “hostels”⁴, onde os trabalhadores de minas masculinos vivem em barracas ou alojamentos por períodos longos, ou mesmo indefinidamente, separados das esposas e das famílias. Os homens passam os seus momentos fora do trabalho, entretendo-se com consumo de bebida alcoólica, jogando e procurando parceiras sexuais, freqüentemente em relações pagas.

A epidemia afeta particularmente a população em idade produtiva, com elevada incidência e mortalidade na faixa etária dos jovens e adultos jovens. Essas pessoas desempenham um papel muito relevante na economia e na sociedade de um modo geral, e, uma vez afetadas pela epidemia, deixam de dar a sua contribuição para o desenvolvimento do país e da região.

A África, ao contrário dos outros continentes, enfrenta uma crise severa de recursos humanos no setor da saúde. O desempenho econômico do continente foi pobre nas últimas duas décadas, o que comprometeu a capacidade dos países na África subsaariana (com poucas exceções) de sustentar serviços de saúde merecedores de atenção e crédito por parte da sua clientela, de qualificar o seu quadro profissional, de empregar e incorporar trabalhadores de saúde. O crescimento econômico foi baixo ou negativo em muitos países, com investimento na saúde geralmente inadequado. A motivação, os incentivos, a produtividade e a retenção de trabalhadores de saúde foram severamente afetados pela crise social e econômica (Duvlo, 2005).

Níveis reduzidos de poupança familiar afetam os investimentos na educação e comprometem a capacitação e treinamento dos mais jovens. A epidemia de HIV está corroendo sistematicamente esse potencial. São dramáticos os desafios que enfrentam muitos desses países na manutenção de setores-chave, sociais e econômicos.

Uma perda adicional da renda pode ameaçar o poder aquisitivo, para suprir necessidades básicas tais como, aquisição de alimentos, instrução e cuidados de saúde. Devido a isto, compreender o impacto da infecção de HIV na renda de cada agregado familiar

⁴ *Hostels* (ou albergues) constituem um meio de hospedagem alternativo, com quartos coletivos (embora alguns Hostels ofereçam quarto para casais e/ou famílias). Possuem salas de TV e cozinha comunitárias, e, em alguns casos, dispõem de áreas de lazer.

é essencial para melhorar a saúde e o bem-estar de indivíduos e famílias afetados por HIV (Rajaraman et al., 2006). Rajaraman et al. (2006) documentam o impacto da infecção pelo HIV na renda familiar. Tais autores demonstraram que a licença prolongada ou a perda do trabalho são desdobramentos habituais do adoecimento e estão associadas à dificuldade de satisfação das necessidades básicas em curto prazo.

Segundo Carael & Holmes (2001), as marcantes diferenças nas taxas de morbidade em várias regiões da África podem, em parte, ser atribuídas à diferença cronológica quanto ao momento em que foi introduzido o vírus na população geral. Além disso, variações no âmbito da vulnerabilidade individual ampliam ou reduzem as chances de se infectar em decorrência da transmissão sexual do HIV. Um exemplo dessas variações, por localidade e segmento populacional, refere-se às taxas de prevalência das diferentes DST, como herpes simples, linfogranuloma venéreo e sífilis.

As trabalhadoras de sexo constituem uma população freqüentemente estigmatizada e pauperizada, que obtém seu sustento graças a relações sexuais com um elevado número de parceiros. Essas trabalhadoras são altamente vulneráveis à infecção com HIV e outras doenças de transmissão sexual, assim como apresentam alto risco de transmissão de HIV aos seus parceiros e clientes (Morison et al., 2001).

As conseqüências econômicas e sociais de AIDS em África são enormes por conta das altas taxas de prevalência e incidência e pela estrutura etária das populações mais afetadas. Segundo Ilinigumugobo (1996), a AIDS reduziu drasticamente a expectativa de vida da população. Há, no entanto, sinais animadores em países como Uganda, que conseguiu reduzir a prevalência do HIV/AIDS na população na faixa etária de 15-19 anos de idade nas áreas rurais e conseguiu com que a epidemia declinasse nas áreas urbanas (Murphy et al., 2006).

Apesar da grave ameaça da progressão e aprofundamento da epidemia em outras regiões do mundo, como em várias localidades da Ásia, a África subsaariana continua a ser o epicentro da pandemia e requer os esforços mais intensivos de prevenção e o apoio mais intensivo e contínuo da comunidade mundial.

I.3.1 A AIDS/SIDA em Moçambique

O primeiro caso de Aids em Moçambique foi registrado em 1986 (Tabela 1). Este primeiro caso seria de um cidadão estrangeiro que já estava infectado quando entrou no País.

Em 1987, o Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) recebeu a equipe epidemiológica da OMS com finalidade, em conjunto, realizarem o primeiro inquérito seroepidemiológico do país em HIV/SIDA. Os achados do estudo foram de que os casos de SIDA estavam infectados pelo HIV-2 (taxa de prevalência de 2,0% na população estudada) e pelo HIV-1 (taxa de prevalência de 1,2% na população estudada). A cidade mais afetada era, à época, Nampula, com taxas de prevalência de 2,8% para o HIV-2 e 2,2 % para o HIV-1. Constatou-se, também, no estudo, que havia taxas decrescentes em Lichinga e Inhambane. Nesta última, predominava a infecção pelo HIV-1, do mesmo modo que em Chimoio, Quelimane e Pemba.

Conforme a Tabela 1, até o final de 1987, haviam sido notificados 3 (três) casos de SIDA. Em 1989, o número de casos chega a 37.

Segundo os estudos realizados pelo MISAU, em dezembro de 1991 haviam sido diagnosticados 340 casos de SIDA, o que representa uma incidência cumulativa de casos de SIDA de 2.1/100000 no país (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos casos de SIDA/AIDS, segundo ano de diagnóstico em Moçambique, 1986-1991

Anos	Casos	%
1986	1	0,2
1987	3	0,9
1988	23	6,8
1989	37	10,9
1990	98	28,8
1991	178	52,4
TOTAL	340	100,0

Fontes: MISAU (1992), Fernandes et al. (1992).

Como disposto na Tabela 2, desde o primeiro caso notificado em 1986, a grande maioria dos casos estavam concentrados nas províncias do Sul (Cidade e Província de Maputo, Gaza e Inhambane), onde foram diagnosticados 48,5% do total dos 340 dos casos notificados no País até final de 1991.

Tabela 2. Distribuição dos casos de SIDA/AIDS segundo Províncias, Moçambique, 1986 - 1991

Província	Casos	% do total
Cidade de Maputo	90	26,5
Província de Maputo	63	18,5
Gaza	10	2,9
Inhambane	2	0,6
Sofala	29	8,5
Zambézia	13	3,8
Manica	67	19,7
Tete	33	9,7
Nampula	19	5,6
Niassa	4	1,2
Cabo Delgado	10	2,9
TOTAL	340	100,0

Fontes: MISAU (1992), Fernandes et al. (1992).

No centro do país, onde o número de casos começa a aumentar nos últimos anos, a Província de Manica notificou o maior número da sub-região (19,7%), provavelmente devido à localização geográfica próxima de países de alta prevalência (Zimbabwe, Zâmbia e Malawi). Segundo o MISAU (1992), a maioria dos casos vem sendo registrados entre indivíduos em idades jovens, de maior atividade sexual (20-49 anos), correspondendo a 77,3% dos casos notificados até o final de 1991.

Dentre os casos de AIDS, as doenças/afecções oportunistas mais frequentemente diagnosticadas até o final de 1991 foram a diarreia crônica e a tuberculose (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição da frequência de infecções oportunistas, entre os 340 casos de SIDA/AIDS em Moçambique, 1986-1991

Doenças	Nº (n=340)	%
Diarréia crônica	96	28,2
Tuberculose	82	24,0
Dermatites	20	6,0
Herpes Zoster	14	4,0
Candidíase oral	14	4,0
Encefalopatias	14	4,0
Sarcoma de Kaposi	7	2,0
NI*	93*	27,8*

Fontes: MISAU (1992), Fernandes et al. (1992);

* corresponde a todas outras informações que não foram explicitadas pela fonte de onde vieram os dados desta tabela

O Programa Nacional de Controle das DST/AIDS de Moçambique estimou que em 1997 cerca de 8%⁵ da população estaria infectada pelo HIV/AIDS.

Dados sistematizados pelo MISAU (1998) mostram que a prevalência do HIV começa a aumentar na região centro do país (Manica, Tete, Sofala e Zambézia), com importante variação de província para província. A elevada prevalência corresponde, *grosso modo*, à proximidade de corredores de transporte, zonas fronteiriças e cidades de maior porte.

Em 1999, a prevalência de HIV na população geral foi estimada em 9,4%⁶ e, no ano seguinte (2000), o país já contabilizava 250.000 órfãos da epidemia. Os casos de DST foram estimados em cerca de 534.000 ao final de 1998. Em 1999 a prevalência da infecção pelo HIV na população geral na região Centro foi estimada como sendo duas vezes superior em relação à região Sul, enquanto na região Norte a prevalência seria 25% mais elevada frente à região Sul.

Estima-se que a esperança de vida passaria de 44 anos de idade, em 1999, para 50 anos, em 2010 na ausência da epidemia de AIDS/SIDA em Moçambique. Se considerarmos os efeitos de epidemia, a longevidade dos moçambicanos poderá, na verdade, diminuir no

⁵ *Risk analysis*. HIV/AIDS country profile: Mozambique. AIDS Anal Afr. 1996 Dec;6(6):8-11.

⁶ Fonte: República de Moçambique: Plano Econômico e Social para 2005

futuro. O déficit estimado na esperança de vida ao nascer, em consequência da epidemia, é de cerca de três anos e meio. Para o ano 2010, a previsão é de que esse déficit aumente para mais de 14 anos, caso nenhuma intervenção seja implementada de imediato.

Em apenas 5 anos, de 1999 a 2003, 300 mil pessoas morreram de AIDS/SIDA em Moçambique. Em pouco tempo, a AIDS/SIDA tornou-se uma das principais causas de mortalidade. No ano 2010, estima-se que um em cada três óbitos, no país, será devido à AIDS/SIDA.

As estimativas das taxas de prevalência do HIV referentes ao ano 2000 tomam por base os dados relativos a mulheres grávidas, observadas em 20 (vinte) postos-sentinela, 11 (onze) deles urbanos e 9 (nove) rurais. A região Norte, que até então não possuía postos-sentinela, foi representada por 7 (sete) postos, enquanto que o Centro e o Sul foram representados por 8 (oito) e 5 (cinco) postos-sentinela, respectivamente.

Foi na ronda (rodada) de avaliação de 2000 que, pela primeira vez, foi implementado o controle de qualidade da avaliação da prevalência em mulheres grávidas nos postos-sentinela, medida importante visando a uma maior confiabilidade dos resultados.

No ano de 2000, estimava-se que 10,6%⁷ da população adulta (15-49 anos de idade) e cerca de 1,1 milhão de indivíduos estariam vivendo com HIV/SIDA em todo o país, sendo 68 mil deles crianças, 443 mil homens e 597 mil mulheres. Aproximadamente 10% dos casos eram de crianças, em sua imensa maioria infectadas pela transmissão vertical, de mãe para filho. Em 2000, 45 mil pessoas morreram de AIDS/SIDA em Moçambique. É importante sublinhar que esta mortalidade varia nas diferentes regiões. Cerca de 74% das mortes ocorreram na região Centro (MISAU, 2001). Em 2000, mais de 15.000 crianças morreram em decorrência da AIDS/SIDA, cerca de 9.000 delas residentes na região central do país.

A distribuição da prevalência do HIV por grupo etário e sexo, e a razão feminina/masculina, em Moçambique, tem sido estimadas com base no modelo matemático AIDS IMPACT MODEL (AIM), utilizado pela Organização Mundial da Saúde. Nele, podem-se distinguir 3 estratos em termos de prevalência: o primeiro representado por crianças menores de 10 anos de idade, com particular ênfase na faixa etária de menores de 5 anos, com taxa de prevalência estimada de 3%; o segundo representado pelo grupo etário dos 10-14 anos de idade, também conhecido como “janela de esperança”, com taxas próximas de 0%; o terceiro representado por indivíduos maiores de 15 anos. As mulheres entre 15 – 29 anos de idade apresentam taxas de prevalência mais elevadas, quando comparadas com a dos

⁷ Fonte: República de Moçambique: Plano Econômico e Social para 2005

indivíduos do sexo masculino de idade semelhante. Estima-se ser a prevalência do HIV entre as mulheres de 20-24 anos de idade quatro vezes superior à prevalência entre os homens da mesma faixa etária.

O período de incubação que vai desde a infecção do HIV até o adoecimento (AIDS/SIDA) varia conforme a idade. Habitualmente, este período é mais curto em crianças do que em adultos, sendo estimado como de 1 e 8 anos, valores medianos, respectivamente, para a população de Moçambique.

Levando-se em conta estes diversos parâmetros, o modelo AIM permite inferir, a partir da base de dados epidemiológicos obtidos de mulheres grávidas, a distribuição da prevalência do HIV por sexo e grupo etário.

No ano 2001, a partir da aplicação do AIM, estimava-se, para Moçambique, 74 mil novos casos de AIDS/SIDA. Dois anos depois, o número de novos casos teria passado para 100 mil anuais, continuando a aumentar em anos subseqüentes. Segundo as projeções, o número de novos casos de AIDS/SIDA seria de 170 mil no ano de 2002 caso as intervenções disponíveis não surtiram o efeito desejado (MISAU/INE/MPF, 2000). Em 2001, as projeções indicavam que haveria 1.650.000 adultos (15-49) vivendo com HIV/SIDA em Moçambique (AIDS Country Profile, 1996).

Uma comparação das tendências de orfandade entre os órfãos cujas mães morreram de SIDA com aqueles cujas mães morreram por outras causas, revela uma diferença na evolução (quantitativa) ao longo do tempo. Os órfãos maternos do SIDA tendem a superar a quantidade dos órfãos cujas mães morrem por outras causas (PEN, 2005-2009). Observa-se que a partir de 2001 a maior parte dos órfãos maternos em Moçambique apresentava tendência a perder suas mães em consequência da AIDS/SIDA. Estima-se que ao final de 2001, 233 mil crianças tenham ficado órfãs (maternos) em decorrência da AIDS/SIDA, correspondendo a cerca de 57% do total dos órfãos maternos do País (ILO/AIDS, 2004). Segundo PEN (2005-2009) destaca-se que o fato de se tratar de órfãos maternos de AIDS/SIDA não implica que estes órfãos sejam necessariamente HIV- positivos. Pelo contrário, a maioria destas crianças são HIV – negativas.

Em 2002, as estimativas indicam que haveria cerca de 83 mil novos casos de AIDS/SIDA e que teriam morrido cerca de 72 mil pessoas devido à epidemia. As três regiões do País apresentam padrão de mortalidade diferenciado. Estima-se que cerca de 61% das mortes ocorreram na região central do País. As estimativas referentes ao número de infectados para 2002 são de aproximadamente 1,2 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA, sendo 70 mil crianças, 459 mil homens e 670 mil mulheres.

Segundo as projeções, ao longo do tempo, a proporção dos órfãos de AIDS/SIDA tenderá a aumentar. No ano de 2010, se não houver um conjunto amplo de intervenções consistentes e efetivas, estima-se que mais de 900 mil órfãos maternos (aproximadamente 83% de todos os órfãos maternos de Moçambique) resultarão da AIDS/SIDA (MISAU, 2002).

A Tabela 4 sistematiza os dados referentes à notificação de AIDS/SIDA registrados entre 2000 a 2003, perfazendo um total de 63.188 casos.

Tabela 4. Distribuição de casos notificados de AIDS/SIDA por província. Moçambique, 2000-2003

	CASOS DE AIDS/SIDA				
	2000	2001	2002	2003	TOTAL
MOÇAMBIQUE	8.390	12.643	17.501	24.654	63.188
NIASSA	204	265	769	839	2.077
CABO DELGADO	103	144	355	744	1.346
NAMPULA	502	844	1744	1884	4.974
ZAMBEZIA	436	424	524	1291	2.675
TETE	544	416	953	1176	3.089
MANICA	195	276	544	645	1.660
SOFALA	1169	1048	1598	1812	5.627
INHAMBANE	544	416	490	1233	2.683
GAZA	769	1953	1860	2577	7.159
MAPUTO PROVINCIA	424	699	2071	2986	6.180
MAPUTO CIDADE	3500	6158	6593	9467	25.718

Fonte: MISAU, Proposta Perfil Nacional (2004).

Os dados da vigilância epidemiológica, referentes a 2003 (Tabela 4), indicam que a epidemia do HIV/SIDA em Moçambique encontra-se ainda numa fase de expansão (ainda que com taxas de crescimento relativamente menores, em anos recentes, em algumas regiões).

Enquanto, na região Centro, os dados apontam para uma relativa estabilização da epidemia, com exceção da Província da Zambézia (onde a epidemia está em expansão acelerada), na região Sul, a epidemia encontra-se, aparentemente, numa fase intermediária de evolução (ou seja, epidemia não madura/estável). Por fim, na região Norte, a epidemia aparenta estar ainda em fase inicial, de crescimento lento (INE et al., 2002; MISAU, 2003: 22).

CAPÍTULO II - Moçambique, breve caracterização histórica e geográfica

Segundo o Recenseamento Geral da População e Habitação, de 1997, a população moçambicana era de 16.099.246 habitantes naquela ocasião. Atualmente, ainda segundo as estimativas do Instituto Nacional de Estatística em Moçambique (INE) referentes a 2005, a população moçambicana é de 19.420.036 habitantes, com distribuições por sexo e para cada província discriminadas na Tabela 5.

Tabela 5. Estimativa de população total e por província, Moçambique, 2005

Total	19.420.036
Homens	9.368.425
Mulheres	10.051.611
Províncias	
Niassa	999.332
Cabo Delgado	1.617.165
Nampula	3.676.003
Zambézia	3.710.011
Tete	1.511.832
Manica	1.320.232
Sofala	1.637.821
Inhambane	1.381.023
Gaza	1.304.798
Maputo Província	1.044.946
Maputo Cidade	1.216.873

Fonte: Instituto Nacional de Estatística - INE (2005)

II.1. Localização geográfica, descrição física e climática

Moçambique situa-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' de longitude Este. Ao Norte, faz limites com a Tanzânia; a Oeste, com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe e Swazilândia; ao Sul, com a África do Sul. A superfície do seu território é de 799,380 km².

O país está dividido em 3 regiões geográficas (Norte, Centro e Sul) e 11 Províncias: ao Norte, Niassa, Cabo Delgado e Nampula; ao Centro, Zambézia, Tete, Manica e Sofala; ao Sul, Inhambane, Gaza, Maputo e Maputo Cidade (Mapa 1). O território moçambicano, como toda a região Austral do Continente Africano, não apresenta grande variedade de paisagem (IDS, 2003). Da costa para o interior, podem-se identificar três tipos de relevos: planície litoral, que

II.2. Breve história de Moçambique

O território atual do país, representado no Mapa 1, resultou do tratado Anglo-Português de partilha das zonas de influência da África, assinado em maio de 1891, que referendou a ocupação dos países africanos por parte das nações coloniais européias.

Nas décadas de 1960 e 70, assim como ocorreu em diversos países africanos, Moçambique se tornou independente, após mais de 500 anos de colonização portuguesa. Na década de 60, sob a liderança da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), foi desencadeada revolta contra o colonialismo português. Esta revolta resultou em um longo processo, que incluiu a luta armada, por cerca de 10 anos. O conflito chegou ao fim com acordos assinados em Lusaka (capital de Zâmbia) entre o governo Português e a FRELIMO, marcando a independência definitiva de Moçambique, comemorada todo 25 de junho, desde 1975. Naquele ano, Moçambique viu-se politicamente livre, mas dependente do apoio financeiro e da mão-de-obra especializados estrangeira, sobretudo oriundos dos países comunistas (Fry, 2001). Neste contexto, o País definiu seus moldes políticos, declarando-se socialista na linha “marxista-leninista”, sob a liderança da FRELIMO.

A Resistência Nacional de Moçambique (RENAMO) surge na época do governo de transição (1974-1975) sob a forma de pequeno grupo de resistência, na época formado por alguns ex-militares portugueses e dissidentes da FRELIMO, com o apoio do governo da Rodésia (atual Zimbábwe) e do Regime de *Apartheid* da África do Sul. Assim, pouco após a proclamação da independência, por não aceitar o regime marxista-leninista adotado, a RENAMO entra em confronto com a FRELIMO, desencadeando guerra “civil” no país, por mais de dezesseis anos. Foi uma guerra sangrenta, de desestabilização social, econômica e política, acompanhada pelos ciclos de cheias e secas que assolaram o país, provocando mortes por fome e doenças. Nesse período, grande parte da população moçambicana buscou refúgio nos países com os quais Moçambique faz fronteira. O fim do conflito, com o silenciar das armas, se deu em outubro de 1992. Em 1990, a Constituição moçambicana ganha novo formato, com o abandono da constituição anterior de 1975, que vigorara no período pós-independência, passando a nova Constituição a regular o funcionamento de um regime democrático. Mais uma vez, Moçambique, na sua nova Constituição, define-se como estado independente, então sob um regime democrático (cfr. Artigos 1, 2, pg. 7 da Constituição).

Desde a proclamação da independência, até o final da década de 80, os serviços de saúde integravam a Rede Pública do Sistema Nacional de Saúde (SNS), tendo como órgão

central (regulador e supervisor) o Ministério da Saúde, representado pelas suas direções Provinciais e Distritais. Após a reformulação da Constituição da República, a rede privada de saúde começou a ganhar espaço de atuação. Até então, a população moçambicana dispunha de um único sistema de saúde, público. Mesmo com o aparecimento e a relativa expansão da rede privada de saúde, seus serviços atingiam tão-somente uma minoria, de classes média-alta e alta.

Assim, nesse período, aprofundam-se as heterogeneidades na distribuição da rede sanitária, seja entre as macro-regiões do país (Sul, Centro e Norte), seja entre as áreas rurais e urbanas de cada área e macro-região. Essas diferenças se devem, em primeiro lugar, às desigualdades sociais, econômicas e culturais das populações que habitam as localidades e regiões, e, em segundo lugar, à destruição da infra-estrutura sanitária durante o conflito armado.

II.3. Situação sócio-econômica

Em regime de guerra civil, os bandidos armados, como eram então denominados os grupos rebeldes, destruíram 1.700 escolas e 1/3 de todos os postos de saúde e centros de saúde no período de 1980 a 1985, comprometendo o funcionamento regular dos sistemas de educação e saúde, tornando-os debilitados e desprovidos de seus projetos (MISAU,1990).

A Comissão Econômica das Nações Unidas para a África estima que aproximadamente 900.000 pessoas morreram em Moçambique em decorrência da guerra civil, no período 1980-1988. Em 1987, o país tinha população de 14,4 milhões de habitantes, com densidade de 18 pessoas por km². Em 1982, a urbanização era restrita e 87% da população vivia nas áreas rurais. Dois anos depois, 1,8 milhões de pessoas foram deslocadas por causa da seca e da guerra civil, aumentando o fluxo das populações rumo às grandes cidades. Como resultado as famílias foram separadas. Crianças perderam os pais, provocando uma autêntica ruptura social, com provável aumento da promiscuidade sexual e redução da atividade agrícola (que constitui a base de subsistência da maior parte da população moçambicana).

Cerca de 2 milhões dos 15 milhões de habitantes estimados de Moçambique em 1990 encontravam-se excluídos da sociedade dentro do próprio país, enquanto 1 milhão viviam nos países vizinhos. Os estudos da UNICEF, citados por *Report From the Mozambique Red Cross Educacional Programme*, documentam que cerca de 90% da população moçambicana vivia

abaixo da pobreza absoluta naquela ocasião. Alguns indicadores básicos sócio-econômicos, como o Produto Interno Bruto (*Gross National Product*, GNP) indicam renda de aproximadamente US\$ 100 *per capita* (em 1988), expectativa de vida de 48 anos (1988) e taxa de analfabetismo de 62% (1985).

A situação sócio-econômica do país no final da década 80 e início da década 90, afetou o SNS, comprometendo profundamente os recursos financeiros e um sistema carente de recursos humanos tecnicamente capacitados para o diagnóstico laboratorial do HIV e assistência às pessoas vivendo com AIDS/SIDA (MISAU, 1987).

O MISAU viu necessidade de montar um Laboratório Nacional de Referência para SIDA, único a ser designado quanto aos procedimentos diagnósticos de sorologia para o HIV pelo método ELISA. O custo não permitia implementar política de oferta indiscriminada do teste para o HIV. Até a década de 1990 só se realizava teste sorológico nos indivíduos incluídos pelos estudos seroepidemiológicos, doadores de sangue e casos clínicos suspeitos de AIDS/SIDA.

Depois das sucessivas guerras, tornam-se claras suas dramáticas conseqüências em diversas áreas da estrutura social e econômica. Segundo o Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Combate ao HIV/SIDA (PEN II 2005-2009), a vulnerabilidade de indivíduos e comunidades, nesse caso, decorre, antes de tudo, da pobreza (sob as suas diversas formas e manifestações), caracterizada pela fome, desnutrição e deficiências graves na área da educação e saúde.

Moçambique viveu fase de profundas mudanças, com a passagem progressiva à economia de mercado, iniciada em 1987. A liberalização da economia ganhou impulso com a chegada da paz, por meio de vasto programa de privatizações, liberalização progressiva do comércio exterior e apelo aos investidores estrangeiros para que aumentassem seus investimentos no país. Após crescimento de 12,4%, em 1997, e de 11,8%, em 1998, Moçambique previa um crescimento de cerca de 10% em 1999, com inflação anual projetada de menos de 6%, a partir de 1997, *versus* uma inflação de 70%, em 1994. Com isso, Moçambique desponta, a partir da redemocratização, como uma das economias mais dinâmicas da África subsaariana. O apoio da comunidade internacional na reconstrução de Moçambique pós-guerra foi marcado pela conclusão de acordos de ajustamento com o FMI, com orientação quanto ao processo de privatizações.

A despeito de atualmente se manter dentro dos objetivos da SADC⁸, dados os citados progressos destes últimos anos, Moçambique segue incluída entre as nações mais pobres. A sua economia continua fundamentalmente ligada ao dinamismo dos corredores de Maputo⁹ e ao desenvolvimento de grandes projetos de investimentos vinculados ao uso dos recursos energéticos do país.

Segundo os dados apresentados no Plano Estratégico Nacional (PEN), a proporção dos agregados familiares vivendo abaixo da linha de pobreza total em Moçambique passa de 69,4%, em 1996-97, para 54,1%, em 2002-03. Esta redução parece ter sido mais pronunciada nas zonas rurais, onde a pobreza era (e permanece) mais prevalente e grave. O Plano de Ação do Governo para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA), 2001-2005, estabeleceu em 30% a meta de redução da pobreza absoluta em Moçambique, para a primeira década do milênio.

Para a determinação das taxas de pobreza em Moçambique foi utilizada a metodologia de avaliação do custo/atendimento das necessidades básicas, indicador utilizado pelas Nações Unidas. São considerados agregados pobres aqueles que, em média, gastam menos do que os valores (em dólares/*per capita*) que definem o mínimo necessário à satisfação das necessidades básicas de cada membro da família (ou seja, que se situam abaixo da linha da pobreza) (Tabela 6).

Tabela 6. Proporção da população que ganha menos do que 1 (um) e 2 (dois) dólares/pessoa/dia. Moçambique, 2005

Ano do inquérito	1996/97	2002/03	Varição
Menos de \$1,00/dia	37.9	20.3	-17.6
Menos de \$2,00/dia	78.4	59.2	-19.2
Diferença [(<\$2,00)-(<\$1,00)]	40.5	38.9	-1.6

Fonte: INE (2004).

Estimativas do Relatório Demográfico Humano (RDH, 1997) de Moçambique dão conta de que apenas 40% da população do país têm acesso aos cuidados primários de saúde e 20% à água potável. O Relatório de Desenvolvimento Humano, publicado pelo Programa das

⁸Objetivos da SADC são: alcançar o desenvolvimento e crescimento econômico, aliviar a pobreza, reforçar os níveis e padrões de vida dos povos da África Austral e apoiar os socialmente desfavorecidos através da integração regional; desenvolver valores políticos, sistemas e instituições comuns; (<http://www.sardc.net/editorial/sadctoday/documents/portv8n1.pdf>)

⁹ Vias que estabelecem comunicação que possibilita o tráfego de mercadorias e serviços entre dois pontos. Neste caso, entre Maputo e o exterior (demais países).

Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), classifica Moçambique, quanto ao Índice de Desenvolvimento Humano (IHD), como o 116º entre 175 países em todo o mundo.

Com base no Índice da Pobreza Humana (IHP), o RDH de 1997, que utiliza indicadores simples de privação, como baixa esperança de vida ao nascer e falta de acesso à educação básica e aos recursos públicos e privados, posiciona Moçambique entre os sete países do mundo onde a pobreza afeta mais de 50% de toda população (sendo os outros seis: Níger, Serra Leoa, Burkina Faso, Etiópia, Mali e Camboja).

De acordo com os Indicadores de Ciência e Tecnologia, o país apresenta baixa taxa de alfabetização e de escolaridade, mesmo se comparado com a média dos países de baixo rendimento da região da África subsaariana (Tabela 7).

Tabela 7. Indicadores educacionais básicos em Moçambique e África subsaariana, 2001

	Moçambique	África subsaariana	Países de baixo rendimento
Taxa de analfabetismo (% da população com idade 15+)	55	37	37
Taxa de escolarização bruta no ensino primário (% da população com idade escolar)	71	78	96

Fontes: Banco Mundial (2003) e Gaspar (2002); Indicador de Ciência e Tecnologia em Moçambique (2002 – 2003).
%= percentagem

As estimativas apontam que seis em cada dez adultos (homens e mulheres) e oito em cada dez mulheres não sabem ler nem escrever em língua portuguesa, que apenas 32% das crianças em idade escolar freqüentam o ensino básico e menos de 10% o ensino secundário.

Esta elevada taxa de analfabetismo está associada à situação política e sócio-econômica que o país atravessou e tem atravessado nas últimas décadas, a despeito dos inegáveis progressos em anos recentes. Percebe-se, também, marcada desigualdade na distribuição da rede escolar, em paralelo às condições sócio-econômicas desfavoráveis, com prejuízos para as populações do interior e/ou das regiões do Centro e Norte do país.

II.4.Sistema Nacional de Saúde e a Saúde da população moçambicana

Desde a independência, Moçambique dispõe de um Sistema Nacional de Saúde (SNS), cuja ação prioritária tem sido a ampliação da cobertura média das ações de saúde nas zonas rurais. Com esse intuito foram criados postos de saúde e implementados vários programas de cuidados de saúde. As ações do SNS, na metade e final de década 1980, se viram enfraquecidas pela guerra civil, que reduziu substancialmente os recursos humanos disponíveis devido ao deslocamento de população rural para os centros urbanos, a diminuição acentuada dos recursos orçamentais alocados à saúde e a degradação da infra-estrutura (por exemplo, das estradas e dos serviços públicos). Com o advento do HIV/AIDS e o progressivo aumento da resistência da malária ao tratamento com cloroquina e do mosquito transmissor aos inseticidas tradicionais (Casimiro et al. 2006; Mayor et al., 2001), além da persistência da cólera endêmica (Ansaruzzaman et al. 2004), a situação de saúde dos moçambicanos se viu bastante comprometida.

A debilidade orçamentária para o Sistema de Saúde afetou e afeta principalmente o fornecimento e a aquisição de materiais e equipamento médico-cirúrgico às unidades sanitárias. Junte-se a isso o fato de haver grande deficiência no sistema de comunicação do País. O sistema de transporte é carente, a rede rodoviária é moderadamente desenvolvida ao nível provincial, mas menos satisfatória ao nível distrital. Há 20.000 km de estradas de terra, 500 km de cascalho e somente 4.500 km de estradas asfaltadas. As estradas de zonas rurais são por vezes intransitáveis durante as estações chuvosas, a ponto de interromperem o acesso às zonas rurais. No período de conflito armado, muitas estradas e pontes foram destruídas e minadas. Tudo isso fez aumentar a instabilidade e insegurança que se fizeram sentir com muita intensidade durante o conflito armado e persistem, em menor grau, atualmente.

Tal como a maioria dos programas de saúde e sociais, o Programa Nacional de Controle do Sida tem enfrentando diversas dificuldades na implementação das ações por ele formuladas. Segundo Vio (2006), as dificuldades se estendem e se fazem sentir inclusive no processo de treinamento do pessoal de saúde para o diagnóstico clínico dos casos de AIDS/SIDA. Trata-se de atividade complexa e cara, ainda longe de se consolidar, embora principalmente nas zonas rurais. As facilidades para o diagnóstico laboratorial das infecções oportunistas são igualmente limitadas e dispersas geograficamente.

Em 1996, o governo moçambicano adotou o Programa de Renovação do Setor de Saúde (PRSS), com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde

através de: reconstrução e reabilitação do que foi destruído durante o conflito armado; extensão da rede sanitária visando somar esforços para a ampliação da capacidade de conservação de materiais biológicos, cadeia de frio para vacinas e estabilização da aquisição, guarda e fornecimento de medicamentos; melhoramento dos serviços institucionais através do reforço da logística de aquisição, guarda e fornecimento de equipamentos biomédicos; aprimoramento dos sistemas de gestão descentralizada das ações de saúde ao nível provincial; reforço da capacidade de planificação de informação sanitária e de avaliação ao nível provincial; desenvolvimento dos recursos humanos através de execução de programa de formação inicial e contínua de profissionais de saúde e apoio à formação superior universitária do pessoal médico. A estratégia do Ministério da Saúde (MISAU) resume-se em algumas palavras-chave: descentralização, integração dos diferentes programas, aprimoramento da coordenação em todos os níveis, formação na gestão e administração com transparência.

O PRSS privilegia os cuidados de saúde primária e sua execução ao nível periférico (direções provinciais, distritais e das cidades). O programa do Ministério da Saúde apóia-se na cooperação internacional e nas ações desenvolvidas pelas organizações não-governamentais (ONG), a fim de alcançar os seus objetivos de renovação, mas enfrentando muitas dificuldades com relação ao orçamento. Verifica-se, por exemplo, que mais de 80% dos fundos do Ministério da Saúde provêm de doadores internacionais (MISAU, 1999).

Até 1999, a rede sanitária em Moçambique estava distribuída em 700 postos e 200 centros de saúde; 24 hospitais rurais e gerais; 7 hospitais provinciais; 3 hospitais centrais e 2 especializados (MISAU, 1999).

O MISAU, até o final da década de 1990, foi o único Ministério implicado e envolvido na luta contra as epidemias, principalmente da AIDS. O comprometimento dos demais ministérios era até então bastante limitada. O engajamento da comunidade civil se resumia essencialmente às ações de ONG já estabelecidas, nacionais e internacionais. A maioria dos projetos do MISAU está orientada para a prevenção da infecção pelo HIV, e poucos estão voltados para a formação do pessoal da Saúde e acesso dos usuários aos cuidados de Saúde. A imensa maioria dos projetos está centrada em Maputo capital e demais centros urbanos, com cobertura claramente deficiente das localidades rurais.

A política de saúde em Moçambique, no período que se seguiu à proclamação da independência, como consequência direta da história do país e do quadro político dela resultante, previa o desenvolvimento das ações de saúde na comunidade, com possíveis desdobramentos para o desenvolvimento sócio-econômico mais amplo. O MISAU

programava intensificação dos esforços visando incluir todos os setores de atividades, organismos e organizações, cuja participação se mostrasse necessária à promoção do bem-estar e superação dos obstáculos e barreiras estruturais (fruto da desestruturação social e econômica) (MISAU, 1999). Assim começa a ser desenvolvida e aplicada a estratégia de cuidados primários de saúde como a linha-de-força onde se assenta toda a política da saúde do país, de modo a atingir as metas do novo governo, liderado por partido único, à época, a FRELIMO, com seu *slogan* “Saúde que visa o benefício do Povo” ou “Saúde para todos”.

O apoio à luta contra a AIDS/SIDA foi amplamente reforçado em 1995, através da assinatura de um acordo de cooperação com doadores internacionais, com o estabelecimento de um Fundo de Ajuda à Cooperação (FAC), em parceria com o MISAU. Naquele mesmo ano foi executado um projeto “Apoio à luta contra a SIDA e as DST em Moçambique” que teve a duração de quatro anos (MISAU, 1999). Essa cooperação veio atender a duas demandas. A primeira, mais geral, relaciona-se à gravidade da epidemia pelo HIV/AIDS. A segunda diz respeito ao descrédito dos usuários nos serviços de saúde. Era fato a insatisfação dos pacientes infectados pelo HIV que, na ocasião, dependiam para o seu tratamento, de serviços públicos de saúde que cobriam apenas 30 a 40% da população moçambicana vivendo com HIV/SIDA (MISAU, 2002). Cabe observar que, naquele momento, a maioria dos pacientes diagnosticados não tinha acesso à terapia anti-retroviral (TARV). Assim, o plano apontou para a criação das condições assistenciais mínimas e necessárias para aqueles pacientes que não tinham como receber a TARV e que evoluíam inexoravelmente para quadros patológicos múltiplos, especialmente infecções oportunistas, eventualmente graves, como o Sarcoma de Kaposi, especialmente agressivo em certos contextos da África (Kagu et al., 2006). Isto fez com que o MISAU definisse como política mandatária e emergencial a profilaxia das infecções oportunistas para todos os pacientes diagnosticados nas instituições de saúde do país.

Ainda assim, em médio e longo prazos, as perspectivas se deterioraram, com cobertura ainda mais deficiente dos pacientes vivendo com HIV/SIDA em todo o país.

Sob as orientações da FRELIMO, os setores atuavam segundo uma planificação centralizada. A Comissão Nacional do Plano era a estrutura que coordenava e compatibilizava os Planos setoriais. Devido à situação sócio-econômica e política num país assolado por guerras e calamidades naturais, somente a partir de 2000 pode-se ver efetiva ação estatal voltada para a saúde. O Ministério de Saúde decidiu reforçar a ação com um plano estratégico para 2000-2002, elaborado em conjunto com os organismos internacionais (ONUSIDA e outras agências das Nações Unidas) e doadores internacionais.

II.5. A resposta à epidemia

Desde a primeira intervenção da equipe epidemiológica têm sido realizados vários esforços para o combate e prevenção da epidemia no país. Os esforços provêm das organizações governamentais, nacionais e internacionais, sob a liderança do MISAU, e das Entidades civis, representadas pelas ONG.

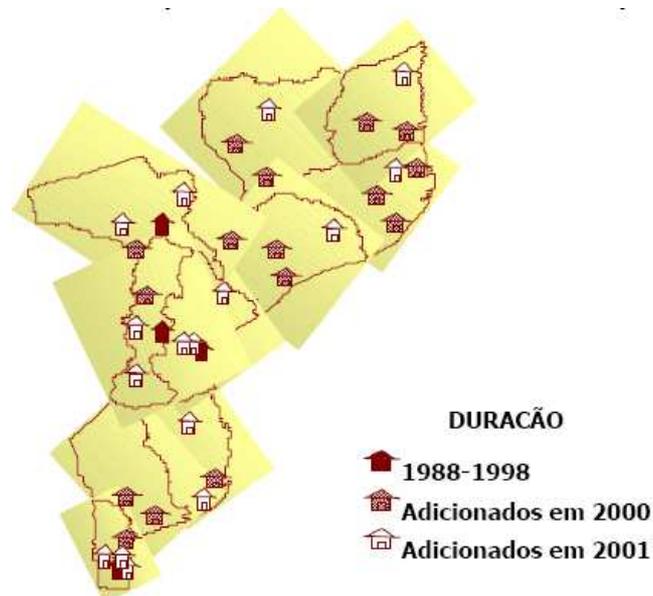
A “luta continua” em Moçambique, mas não mais contra o colonialismo português ou em razão de uma nova desestabilização política, mas, dessa vez, contra todos os problemas resultantes das guerras e conflitos. Após a independência e a paz, Moçambique vem atraindo a atenção de organismos governamentais e organizações internacionais pelo progressivo aumento de casos diagnosticados de SIDA.

Com a notificação do primeiro caso de SIDA em Moçambique, é criada uma Comissão Nacional do SIDA, e em 1988 começa a ser esboçado o primeiro Plano Estratégico Nacional (PEN I) de luta contra o HIV/SIDA (*Boletim da República*, nº 50/2001, I Série). Este Plano Estratégico é um conjunto de documentos de princípios, estratégias e atividades para orientação no combate à epidemia de HIV/SIDA. O documento é resultante de um processo de consulta e formulação de políticas públicas implementado pelo MISAU (PEN, 2004).

Em Moçambique, depois da assinatura do acordo de paz, em outubro de 1992, intensificaram-se as migrações devido ao reassentamento (retorno) da população proveniente dos países onde estavam refugiados os moçambicanos, e ao aumento do turismo proveniente de diversos países, principalmente os de entorno de Moçambique. Nos anos de 1986 a 1990, haviam sido notificados 6 (seis) casos de AIDS/SIDA, número considerado muito baixo, comparativamente aos países em torno de Moçambique, como, por exemplo, Zimbabwe, África do Sul, Malawi, Zâmbia e Swazilândia.

Em 1988 foi criado o primeiro posto-sentinela no Hospital Geral José Macamo, em Maputo, e, em 1994, 3 (três) novos postos, em Chimoio, Tete e na Beira. Até 2001 foram criados novos postos-sentinela, totalizando 36 postos em todo território nacional, com pelo menos um posto em cada Província (Mapa 2).

Mapa 2. Localização dos 36 Postos Sentinela do HIV em Moçambique



Fonte: PEN II (2005-2009)

Em 1992, o MISAU estabeleceu sistema de vigilância epidemiológica com 11 (onze) postos-sentinela, seis deles localizados em clínicas de tratamento de DST e cinco em Clínicas pré-natais. O método “anônimo desconex” (ou seja, a não *linkagem* entre dados pessoais e achados laboratoriais) é utilizado para acompanhar três segmentos populacionais: clientes de clínicas de DST, doadores de sangue e pacientes de clínicas pré-natais. Todos os três grupos representam amostras de conveniência. No mesmo ano, o PNC introduziu o controle de DST na prestação regular de serviços médicos, utilizando principalmente o protocolo de gestão sindrômica da OMS para as DST e, sempre que possível, confirmação laboratorial.

O acesso aos serviços clínicos para pacientes de AIDS/SIDA apoiava-se em mecanismos similares aos oferecidos aos demais doentes nas consultas do Serviço Público de Saúde em Moçambique (MISAU, 1998). Em 1996, visando a uma melhor atenção às pessoas infectadas pelo HIV, o MISAU, em colaboração com seus parceiros institucionais, abriu o primeiro Hospital de Dia (HDD) que oferece tratamento para as doenças oportunistas mais prevalentes, como a tuberculose (TB), a candidíase oral, o herpes simples, a herpes zoster e determinadas pneumonias, de forma gratuita (MISAU, 1998 e 2003). Até 2003, foram abertos 11 HDD, e 6 deles passaram a oferecer o tratamento com anti-retrovirais em anos recentes (Tabela 8).

Tabela 8. Distribuição e localização dos HDD em Moçambique, com o respectivo início da TARV, 2001-2004

Hospital de Dia	Local	TARV	Início de TARV	Parceiro do MISAU
Hospital Central de Maputo	Maputo	Disponível	2001	Coperação Francesa
Centro de Saúde de Alto Mãe	Maputo	Disponível	Março de 2003	MSF-Suíça
Centro de Saúde 1º de Maio	Maputo	Disponível	Dezembro de 2002	MSF-Luxemburgo
Centro de Assistência ao Domicílio, Hospital Geral da Machava	Maputo	Disponível	Março de 2002	Comunidade Santo Egidio
Hospital de Xai-Xai	Gaza	Planejado	-	Doleurs Sans Frontiers, UNICEF
Hospita de Dia Chokwe	Gaza	Planejado	-	Doleurs Sans Frontiers, Carmello Sisters, UNICEF
Hospital Provincial de Manica	Chimoio	Planejado	Setembro de 2003	Cooperação Francesa, AMODEFA, HAI, Columbia University, UNICEF
Hospital Provincial de Beira	Sofala	Disponível	Março de 2003	HAI, GTZ, Culumbia University, UNICEF
Hospital Provincial de Lichinga	Niassa	Disponível	Agosto de 2003	MSF-Suíça
Hospital Provincial de Tete	Tete	Disponível	Dezembro de 2002	MSF-Luxemburgo
Hospital Provincial de Nampula	Nampula	Planejado	-	Care Internacional

Fonte: (MISAU, 2004 e UNAIDS, 2003).

Em 2000, foi publicado, após ampla consulta, por se tratar de plano operacional a ser executado em 2001-2003, o segundo Plano Estratégico Nacional de Combate a Doenças Sexualmente Transmissíveis e ao HIV/SIDA (2001-2003). Novos coordenadores provinciais de HIV/SIDA foram nomeados em março de 2002, sendo também lançados planos provinciais. Até o momento, cerca de 15 ministérios elaboraram planos operacionais setoriais e começaram a implementar programas e atividades de controle do HIV/SIDA (ILO/AIDS, 2004). O Ministério da Saúde (MISAU) criou um Plano Estratégico Nacional de Saúde que prevê ampla abordagem por setor, o que propicia parcerias em intervenções multissetoriais de combate ao HIV/SIDA. Juntamente com essa reação do Governo tem crescido a resposta da comunidade, fomentada pelo trabalho de organizações não governamentais (ONG), nacionais e internacionais, organizações religiosas e comunitárias (CBO).

Essas organizações são utilizadas em parte como parceiras na execução de vários programas e projetos, com ênfase em atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC), e no incentivo ao uso de preservativos. As atividades concentram-se, atualmente, em boa medida, em Maputo e em alguns outros centros urbanos.

O PARPA é o documento oficial do governo para redução de pobreza absoluta em Moçambique, e contempla um compromisso de combate ao HIV/SIDA por meio da educação e de atividades relacionadas à promoção da saúde. Além disso, o Governo endossou a Declaração de Compromisso com relação ao HIV/AIDS adotada pela Assembleia nas Nações Unidas, em junho de 2001, e a Meta de Desenvolvimento do Milênio (MDG) de intervir e interromper a disseminação do HIV até 2015. Esse Programa focalizava principalmente aspectos da epidemia relacionados à saúde, tendo sido substituído em 2000. Neste mesmo ano foi criado o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS), órgão oficial com missão de coordenar, monitorar e avaliar todas as atividades concernentes ao HIV/SIDA no país e mobilizar recursos para resposta global e multissetorial ao HIV/SIDA. A direção do CNCS é integrada por membros do governo e representantes da sociedade civil.

Ainda em resposta à dinâmica da SIDA, o Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA implantou e expandiu os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária (GATV) como umas das metas na implementação do PEN, a partir de 2001, totalizando, ante 2003, 80 gabinetes. Estes gabinetes foram definidos como prioridade dentro das metas e estratégias para o período 2000-2002. Segundo as Direções Provinciais de Saúde, os GATV foram desenhados com vista a responder à demanda das respectivas Províncias e Distritos, com apoio das Organizações não Governamentais (atualmente, atuam em Moçambique 330 ONG), intervindo em diversas áreas de prestação de serviços no âmbito dos diferentes programas, em destaque, aconselhamento sobre saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens, aconselhamento individual e testagem para o HIV, distribuição de preservativos, facilitação ao acesso a cuidados clínicos, testagem e prevenção das DST, cuidados pré-natais às adolescentes grávidas, planejamento familiar (Tabelas 9 e 10).

Tabela 9. Distribuição de GATV por províncias em 2003 e projeções de novas unidades para 2004. Moçambique, 2003

Província	População	GATV Criados em 2003	GATV a criar em 2004	Nº hab./GATV
Cabo Delgado	1.560.000	1	3	390.000
Niassa	941.000	3	4	134.000
Nampula	3.485.000	3	4	498.000
Zambézia	3.560.000	3	7	356.000
Tete	1.424.000	10	6	78.000
Manica	1.244.000	10	1	113.000
Sofala	1.549.000	14	9	67.300
Inhambane	1.364.000	6	3	151.000
Gaza	1.300.000	11	3	93.000
Maputo Província	1.039.000	11	5	65.000
Maputo Cidade	1.059.000	8	5	81.000
Total País	18.525.000	80*	50	143.000

*Total de GATV Clássicos

Fonte: PEN II(2005-2009)

Tabela 10. ONG registradas no *Country Response Information System (CRIS)*. Moçambique, 2005

Província	Numero de Organizações
Cabo Delgado	25
Niassa	23
Nampula	53
Zambézia	18
Tete	22
Manica	45
Sofala	56
Inhambane	63
Gaza	14
Maputo Província	6
Maputo Cidade	5
Total País	330

Fonte: PEN II (2005 – 2009)

Os Planos Estratégicos Nacionais (PEN) contra o HIV/SIDA enfatizam a necessidade de se testar os pacientes hospitalizados. Dentre os exames a que se submetem estes pacientes, inclui-se o teste anti-HIV (desde que não haja recusa por parte do paciente em realizar este teste). A carga viral e a contagem de células CD4+ e CD8+ são utilizadas no monitoramento dos pacientes em uso de anti-retrovirais. Este monitoramento está, muitas vezes, a cargo dos GATV e algumas ONG envolvidas no combate ao HIV/SIDA.

A tabela 11 lista alguns medicamentos anti-retrovirais disponíveis, e respectivos preços vigentes em Moçambique, até então (2004), a cargo do setor privado.

Tabela 11. Medicamentos anti-retrovirais disponíveis em Moçambique, 2004

Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (NRTI)	Preço
Zidovudina (AZT)	680.520 Mts (60 cap/300mg)
Lamivudina (LAM, 3TC)	387.500 Mts (60 cap/150mg)
Cambivir (AZT+3TC)	1.165.000 Mts (60 cap)
Stavudina (d4T)	300.000 Mts (60 cap)
Inibidores Não-Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (NNRTI)	
	Preço
Efavirenz	915.840 Mts (30 cap/200mg)
Nevirapina (NEVIPAN)	503.000 Mts (60 cap/200mg)
Inibidores da protease (PI)	
Indinavir (CRIXIVAN)	862.500 Mts (60 cap)
Saquinavir-capsules	
Abacavir	2.800.000 Mts (300mg)
Terapia tripla	
	Preço
Lamivudina 150 mg, Nevirapina 200 mg, Stavudina 30 mg (TRIVIRO 30)	657.000 Mts (60 cap)

Fonte: MISAU/UNAIDS (2004)

Em 2004, o MISAU introduz o tratamento público anti-retroviral (TARV) gratuito ao nível nacional. Com este tratamento, segundo o Ministério, reconhece-se a necessidade fundamental de integrar a prevenção de HIV/SIDA e a assistência para pessoas vivendo com HIV/SIDA, o que tem resultado numa expansão consistente e sustentável no acesso aos anti-retrovirais, como previsto no Plano Estratégico Nacional de HIV/SIDA. Naquele mesmo ano, iniciou-se a distribuição dos primeiros medicamentos anti-retrovirais para todas as Províncias, e cerca de 6.500 pessoas foram beneficiadas até o final do ano (MISAU, 2005). Segundo a *United Nation Population Fund* (UNFP, 2005), a aplicação do programa TARV em Moçambique apresentou maiores desafios no que diz respeito a recursos humanos tecnicamente qualificados e capacidade institucional.

Em Maputo e Beira, utiliza-se o método ELISA (Gensreen, BioRad) como rotina nos Bancos de Sangue. Nas demais regiões do país, entretanto, os 109 bancos de sangue lá sediados utilizam o teste rápido “Determine®”. Em todos os bancos de sangue, as amostras que forem submetidas ao teste rápido ou ao ELISA são submetidas a teste de confirmação (UniGolg ou Trinity). Se os resultados forem discordantes, o sangue que seria transfundido é descartado.

O critério biológico para início do tratamento e monitorização da eficácia dos testes para HIV/SIDA exige recursos laboratoriais não disponíveis no país até 2001. São exemplos desses recursos, os laboratórios de contagem das frações CD3, CD4 e CD8 dos linfócitos, de verificação da razão CD4:CD8, da carga viral e de teste de sensibilidade por tipificação genética viral. Por outro lado, a experiência já existente na execução dos inquéritos sero-epidemiológicos no país e no diagnóstico laboratorial das amostras dos casos clinicamente suspeitos de SIDA, permitiram garantir a factibilidade de um sistema nacional de envio das amostras de soro. A execução destes exames, no contexto do SNS, pela sua complexidade e custo, ficou limitada aos hospitais centrais provinciais do país. Todavia os laboratórios privados que demonstram qualidade técnica exigida podem igualmente realizar estes exames. Desse modo, esse sistema serviu de modelo para posterior expansão de outros serviços de diagnósticos o que antes estava limitado à cidade de Maputo.

Todas as consultas, testes de CD4+ e medicamentos da TARV, que antes estavam a cargo da iniciativa privada, são hoje oferecidos a custo zero aos pacientes sob administração do Sistema Nacional de Saúde (SNS). A Tabela 12 discrimina o destino das amostras para teste de CD4+ e respectivos custos, relativos ao período em que o sistema de laboratório estava exclusivamente a cargo da esfera privada.

Tabela 12. Lista de laboratórios privados que realizam testes de CD4+, CD8+ e/ou carga viral em Moçambique, 2003

Província	Local	Horário	Custo	Parceiros do MISAU/Observações
Maputo	Hospita Central de Maputo	8:00 – 17:00	3.000.000 Mts	Comunidade Santo Egídio
	Laboratório de Clinica da Sommerschild Tel: 21-49392/4	24 Horas	USD 154	Envio das Amostra para a África do Sul
	LAC Lda Laboratório Tel: 21-300026.		3.810.000 Mts	Envio das Amostra para a África do Sul
	Laboratorio de Faculdade de Medicina Tel: 82-3164080		3.000.000 Mts	Privado
	Clinica Cruz Azul Av. Karl Marx, Tel: 21-305146		1.000.000 Mts (~USD 40) contagem de CD4 2.000.000 Mts (~USD 80) Contagem de carga viral	Privado
	Clinica Bethesda e Clínica Masana, Av. 24 Julho		SA Rand 300 (~ \$ 40) contagem de CD4 SA Rand 300 (~\$100) contagem de carga viral	Privado Envio das Amostra de CD4 e carga Viral para África do Sul
	Clinica Sueca Av. Julius Nyerere		~USD 27.50 contagem de CD4 ~USD 150 contagem de carga viral	Privado Envio das Amostra de CD4 e carga Viral para a África do Sul
Sofala	Hospital Central de Beira	8:00 – 17:00	3.000.000 Mts	Comunidade Santo Egídio

Fonte: UNAIDS (Abril de 2003)

A perspectiva do SNS em parceria com organizações não-governamentais, que participam de forma ativa e progressiva na expansão dos cuidados e tratamento segundo os planos é de que essa iniciativa resulte em melhor qualidade de vida para as pessoas vivendo com HIV/SIDA. Prevê-se a integração desses serviços aos demais componentes da rede assistencial, que compreende os cuidados aos doentes internados e a assistência domiciliar (MISAU, 2005).

A resposta à Epidemia, nestes últimos anos, vem sendo configurada sob vários planos do governo, após longo tempo centrada em um único setor governamental e nas entidades civis representadas pelas ONG. Assim, pouco a pouco, outros setores governamentais do país começaram a traçar seus planos para o combate à HIV/SIDA. O ministério da Juventude e Desporto (MJD) trabalha no âmbito da promoção, prevenção e de cuidados.

O MJD (2000), no seu Plano Operacional para o HIV/SIDA, reconhece o impacto do HIV/SIDA na destruição do capital social e na (in)segurança sócio-econômico das famílias e das comunidades. Este documento é o resultado de dois seminários conduzidos pelo MJD

baseado nas estratégias de alcançar jovens fora da Escola e emana de uma visão comum sobre o que é requerido para desenvolver a competência na matéria referente à SIDA nas áreas da Juventude e Desporto, com os parceiros, e, em particular, com relação à juventude fora da escola e suas redes sociais. O plano desenhado permite a implementação do pacote mínimo de atividades essenciais para prevenção identificadas no PNC DTS/HIV/SIDA. Estão dentro do mandato e atribuições do MJD:

- promoção da venda e uso de preservativo
- educação de pares em sexualidade para mudanças de comportamento
- vídeo, drama e teatro
- referência para tratamento das DTS
- referência para aconselhamento confidencial e teste voluntário
- referência da juventude fora da escola para os serviços da Saúde
- fortalecimento do poder de negociação sexual nas mulheres com idade reprodutiva
- mobilização das comunidades, ligadas aos grupos vulneráveis prioritários.

Visando à redução de impacto do HIV/SIDA, o MJD realçou as seguintes atividades incluídas no seu mandato e atribuições:

- aconselhamento confidencial e teste voluntário
- aconselhamento sobre o uso do preservativo
- visitas domiciliares a pessoas ou familiares afetadas pelo HIV/SIDA
- formação vocacional
- atividades de geração de recursos

Até 2000, três grandes projetos foram iniciados, sob a coordenação do MJD, com enfoque na prevenção de HIV/SIDA entre jovens fora da escola, geração de empregos e desenvolvimento de micro-empresas (MJD, 2000).

O Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural (MADER), juntamente com o Conselho Nacional de SIDA (CNCS), ONUSIDA/UNAIDS e vários órgãos bilaterais de ajuda, identificou a necessidade de assistência no eixo HIV/AIDS e de uma melhor compreensão dos vínculos entre HIV/SIDA, segurança alimentar e nutrição no desenvolvimento rural multissetorial e em estratégias e programas no setor agrícola (ILO/AIDS, 2004).

O Programa Nacional de Combate às DST/SIDA, criado em 1988, tenta deter a disseminação do HIV mediante atividades educacionais e preventivas, de modo a mudar comportamentos de alto risco através da distribuição e estímulo ao uso consistente de preservativos (HIV/AIDS Country profile: Mozambique, 1996). Peças de teatro e programas

de rádio e televisão vêm sendo utilizados de modo a alcançar parcela expressiva da população.

A integração de educação sexual e a informação de DST/AIDS nos currículos escolares nas séries primária, secundária e universidades foi implementada pelo Ministério da Educação de Moçambique. O Ministério de Saúde, juntamente com os doadores, principalmente a União Européia, procuram desenvolver uma estratégia nacional no contexto do SNS, de cuidados primários de saúde (HIV/AIDS Country profile: Mozambique, 1996).

Segundo o Inquérito Nacional sobre a Prevenção da SIDA (INPS, 1995), o conhecimento do HIV/SIDA é quase universal em Moçambique, com 97% da população sabendo reconhecer a SIDA como doença transmitida sexualmente. É também elevado o conhecimento de dois ou mais meios de prevenção do HIV/SIDA (cerca de 85%), com 89% entre os homens e 81% entre as mulheres. Proporção substancialmente menor (61%) de entrevistados sabia citar corretamente os meios de prevenção de transmissão sexual do HIV.

O Serviço Internacional para a População (PSI¹⁰)¹¹ conduziu, em 1995, um inquérito CAP (Conhecimentos, Atitudes e Práticas), em Moçambique, e concluiu que 45% dos entrevistados eram capazes de citar duas formas de prevenção da transmissão sexual do HIV. As províncias do centro do País registraram os melhores padrões de informação acerca da prevenção, com níveis decrescentes de informação apropriada entre as províncias do Sul e, do Norte. As províncias de Inhambane e Gaza, no Sul do país, registraram os níveis mais baixos de conhecimento, particularmente entre as mulheres, e apenas 40% e 46%, respectivamente, das entrevistadas, foram capazes de citar duas formas de prevenção.

Como parte de uma atividade abrangente de comunicação para a melhoria da situação de DST/AIDS, o PSI iniciou trabalho de *marketing* social dos preservativos da marca JEITO em abril de 1995. Foram aplicadas técnicas de *marketing* na análise, planejamento, execução e avaliação de programas concebidos com o propósito de influenciar a mudança de comportamento voluntário do público-alvo como forma de melhorar o seu bem-estar social e pessoal (MISAU, 1995). As vendas e a distribuição de preservativos da marca JEITO se iniciaram em 1995, acumulando, até o final de 1998, mais de 23 milhões de preservativos vendidos. Desde o início do projeto até janeiro de 1997, a distribuição estava limitada a alguns locais, mas, subseqüentemente, o programa se expandiu, de modo a obter um nível nacional de distribuição, principalmente nas áreas urbanas e peri-urbanas (MISAU, 1998).

¹⁰ Sigla em Inglês (Population Services International)

¹¹ Organização sem fins lucrativos com sede em Washington - EUA, líder mundial em *Marketing* Social, com projetos em mais de 60 países, nos 5 continentes.

O preservativo JEITO está hoje posicionado junto à população-alvo não somente como um instrumento de prevenção de doenças, mas também como uma escolha positiva de estilo de vida. Jeito significa estilo, destreza, bom gosto e pode ser usado para estimular expressões de duplo-sentidos, tais como: “viver com jeito”, “só com jeito”, e “encontra com jeito”. O slogan do produto “só com jeito” está largamente disseminada na rádio, conscientizando a população a respeito da marca (MISAU, 1998).

CAPÍTULO III - Justificativa e Objetivos

A presente dissertação se mostra relevante em decorrência e em função da magnitude e gravidade da epidemia de AIDS/SIDA na África subsaariana, especialmente em Moçambique. Além disso, devido às crises supramencionadas no âmbito da sociedade, governo e economia de Moçambique, o país, ora redemocratizado e livre de guerras e de conflitos armados, carece de documentos sobre sua história contemporânea, em especial sobre os graves problemas que afetam a saúde pública, como a AIDS/SIDA, a malária ou as doenças diarréicas. Sistematizar dados até então dispersos referentes à AIDS/SIDA se mostra essencial nesse sentido.

As conseqüências e os impactos decorrentes dessa epidemia, que incluem dramas sociais como a orfandade e a desestruturação social de uma sociedade que vive as dificuldades e contradições do pós-guerra, vêm se materializando em um sem número de mortes e pessoas gravemente enfermas.

Em Moçambique, como em outros países da África subsaariana, a subestimação da magnitude da epidemia é bastante provável, não só de um ponto de vista estritamente epidemiológico e estatístico, mas também aos olhos do público leigo. Muitas pessoas nem ao menos chegam a ser diagnosticadas como sendo pacientes vivendo com SIDA/AIDS ou, ao menos, infectadas pelo HIV. Como mencionado, inúmeros casos clínicos avançados passam por períodos de aparente latência, sem sintomas clínicos evidentes, não levantando à suspeição diagnóstica de HIV/AIDS.

As tendências da epidemia em Moçambique, assim como os padrões comportamentais potencialmente associados à aquisição da infecção pelo HIV e sua eventual transmissão no contexto moçambicano continuam, em larga medida, desconhecidos e pouco estudados.

A presente dissertação se propõe a descrever as principais tendências da epidemia no tempo e no espaço social, cultural e econômico do País, País este onde tudo está em constante movimento e transformação (por exemplo, o desenvolvimento econômico acelerado no pós-guerra, a redemocratização e as migrações¹²) em função da busca do bem-estar, de uma vida digna para os seus cidadãos e da construção de uma nação moderna e democrática.

Esta dissertação procura inserir a descrição da epidemia no quadro mais amplo da história de Moçambique, nos anos pós-independência e pós-guerra guerra civil, fornecendo ao

¹² As migrações forçadas pela busca do emprego e comércio, do interior para as grandes cidades, e do país para outros países.

leitor interessado, seja ele um cidadão moçambicano ou não, informações epidemiológicas atualizadas e contextualizadas.

Com isso, pretende-se trazer subsídios para os programas de controle da epidemia em curso, para a promoção da saúde e prevenção das infecções pelo HIV, diagnóstico e tratamento dos pacientes adoecidos, treinamento e capacitação dos recursos humanos locais e contribuir em alguma medida para as iniciativas de descentralização da assistência especializada, ampliando a rede de atendimento para pessoas vulneráveis (sob risco) e pessoas vivendo com HIV/AIDS. Isso pode soar como ambição exagerada do seu autor e seu trabalho, mas cabe ressaltar que em um quadro de absoluta carência de informações sistemáticas é sempre necessário dar um primeiro passo, ainda que titubeante.

III.1. Objetivo Geral

Descrever as principais tendências da epidemia de HIV/AIDS em Moçambique, enquanto um dos principais problemas de saúde pública do País, buscando reconstruir, no tempo e no espaço, a evolução da epidemia e a resposta local à mesma. Isto é feito com base na revisão da literatura pertinente e na análise das informações disponíveis no Sistema da Saúde em Moçambique. Objetiva-se, antes de tudo, cotejar e contrastar (do ponto de vista histórico e estrutural) o impacto dos diferentes problemas enfrentados pelo país ao longo das três últimas décadas e a dinâmica da epidemia no período.

III.2. Objetivos Específicos

Descrever o perfil demográfico e geográfico da população moçambicana na sua relação com a epidemia de HIV/AIDS;

Contribuir para um melhor conhecimento da dinâmica e do impacto da epidemia no País;

Contribuir para a revisão e eventual reformulação de políticas e programas hoje em curso, de modo que elas sejam mais eficazes e culturalmente apropriadas no combate à epidemia em Moçambique.

CAPÍTULO IV - Métodos

Para alcançar os objetivos propostos será realizado um estudo descritivo, baseado em dados de registros secundários, como Boletins epidemiológicos, Inquéritos demográficos e de saúde da população moçambicana.

O projeto compreendeu três etapas:

1. Descrição da situação política, socioeconômica, cultural e da Saúde Pública de Moçambique a partir da busca, compilação e análise de documentos oficiais e de pesquisas realizadas no País;
2. Descrição das iniciativas passadas e em curso dos Programas de Luta contra a Sida de Moçambique;
3. Análise de dados sistematizados pelo Ministério da Saúde (MISAU), a partir dos serviços de Aconselhamento e Testagem Voluntário

Fase 1

Inicialmente foram compiladas e analisadas informações referentes à situação política, socioeconômica e de Saúde Pública de Moçambique a partir da consulta de documentos oficiais, revisão bibliográfica de publicações sobre Moçambique, revisão dos dados referentes aos inquéritos Demográfico e de Saúde (IDS), de 1997 e de 2003, além de Relatórios e demais estudos realizados no País.

Fase 2

Posteriormente, foi sistematizado o histórico da criação da Comissão Nacional do Sida, da implementação de Programas de Combate contra Sida em Moçambique. Foram compilados e analisados, para tal finalidade, dados de documentos oficiais, como aqueles resultantes dos “Programa-resposta” epidemiológicos das organizações governamentais e não-governamentais que atuam no país.

Para descrever a implementação de programa de combate à HIV/SIDA em Moçambique foram consultados os seguintes documentos: Planos Estratégicos Nacional (PEN) dos anos 1988-1990, 2000-2002 e 2005-2009; Boletins Epidemiológicos referentes ao mesmo período.

Fase 3

Nesta fase foram analisados os dados secundários de um banco sobre HIV em determinadas regiões de Moçambique.

IV.1.Limitações do estudo

O estudo se ressentiu sobremaneira das limitações inerentes à (in)disponibilidade de bancos de dados abrangentes, referentes à situação da AIDS/SIDA em Moçambique, ao longo do período sob análise (1986-2003).

Na impossibilidade de coletar dados primários¹³, pensamos em trabalhar com bancos de dados secundários tendo como referência o MISAU, o órgão onde, supostamente, encontraríamos um banco secundário de abrangência nacional. Mas tais expectativas não foram alcançadas, pois existe, de fato, um banco de abrangência nacional, mas com dados inconsistentes, isto é, sujeitos a inúmeras flutuações referentes à fonte e qualidade das informações. Ainda assim, a despeito das inconsistências do referido banco, uma ampla seqüência de exigências burocráticas tornou sua utilização impossível, na prática.

Dada a indisponibilidade do banco nacional de propriedade do MISAU, buscamos colaborações com instituições parceiras do MISAU no Combate à SIDA em Moçambique. Somente através do Centro de Investigações Operacionais de Beira (CIOB), obtivemos um banco de dados relativo aos Serviços de Atendimento e Testagem Voluntário (ATV), de abrangência provincial.

Bancos de dados desta natureza apresentam limitações por sistematizarem informações exclusivamente de voluntários (que podem ou não ser motivados a comparecer aos serviços em função de questões de cunho pessoal ou familiar, ou a partir do estímulo à testagem por parte de diferentes meios de comunicação) estarem a mercê da cobertura desses serviços e do acesso efetivo aos serviços de ATV frente à demanda.

A disponibilização de um banco consistente, de abrangência nacional, de casos de AIDS/SIDA, em Moçambique, em muito facilitaria a execução deste estudo, permitindo analisar de forma válida as características específicas do País e sua população, potencialmente

¹³ É essencial contar, na criação de bancos de dados primários, com recursos financeiros e dilatado período de tempo para o trabalho de campo, o que não se mostrou possível, especialmente em função dos custos de passagens e diárias e do tempo necessário para concluir investigações dessa natureza, no contexto de um curso de mestrado.

relacionadas à dinâmica da epidemia local. Portanto, não resta dúvida de que as limitações aqui relatadas, não devem ficar no plano das queixas e lamúrias, mas sim sinalizar, claramente, que em Moçambique se fazem necessários estudos mais aprofundados, a partir do pleno acesso a bancos de dados de boa qualidade, visando a um melhor conhecimento da dinâmica de AIDS e os respectivos fatores.

IV.2.O Banco

A coleta dos dados que compõem o banco de dados utilizado na presente dissertação se baseia na aplicação sistemática de ficha específica, que consta em anexo da presente dissertação (anexo 1), contemplando basicamente variáveis sócio-demográficas e dados referentes ao diagnóstico sorológico do cliente.

Os dados sob análise foram coletados no período compreendido entre janeiro de 2002 a fevereiro de 2006. Os dados disponíveis restritos a este período são fundamentais a uma melhor compreensão da dinâmica atual da epidemia em um dos seus epicentros, em Moçambique.

IV.3.Serviços de ATV

Os Serviços de ATV estão localizados e atuam em Moçambique em vários lugares do país, sob a denominação de Gabinetes de Aconselhamentos e Testagem Voluntário (GATV). Cada GATV conta com uma equipe de conselheiros treinados, que prestam serviços de aconselhamento pré e pós-teste. A testagem para o HIV é confidencial e anônima (utilizando habitualmente testes rápidos), e os conselheiros procuram assistir o cliente na interpretação dos resultados e fornecer-lhes apoio emocional após o resultado.

Existem 5 (cinco) modalidades de GATV:

- O GATV Clássico é aquele que recebe basicamente voluntários que pretendem saber o seu status sorológico.
- O GATV Satélite é o que funciona apenas 1 ou 2 dias em um dado distrito, em um mesmo local. Os conselheiros vão regularmente a um determinado local e procedem ao aconselhamento e à testagem de acordo com a autorização da direção distrital da Saúde. As fichas de registro de dados

referentes a estas unidades satélites são incorporadas ao sistema de dados de um GATV Clássico (próximo ao GATV Satélite).

- O GATV/PTV é exclusivamente dedicado à testagem de mulheres grávidas. Trata-se de um GATV que funciona no âmbito do programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV).
- O GATV/SAAJ é exclusivamente dedicado aos jovens, com idades entre 10 e 24 anos. Trata-se de um GATV que funciona no âmbito dos Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens (SAAJ).
- Os GATV que funcionam dentro dos Hospitais e outras unidades de saúde e trabalham com aconselhamento junto à clientela dessas unidades (internada ou ambulatorial). Este tipo de serviço é integrado (com atuação conjunta de conselheiros, médicos e outros profissionais de saúde). O resultado do teste é sigiloso, mas não confidencial, já que o paciente irá levar o resultado ao médico responsável.

Cabe observar que as fichas preenchidas nas diferentes modalidades de GATV são tabuladas e integradas às planilhas de dados dos GATV clássicos.

A presente dissertação sistematiza dados referentes à população da Província de Sofala se apresentaram aos serviços de GATV no período anteriormente citado compreende indivíduos residentes em 5 (cinco) distritos. Os atributos relacionados a esse grupo de pessoas, no banco, foram distinguidos por sexo (feminino/masculino) e idade.

O status sorológico (o resultado do teste realizado naquela ocasião) foi definido como: positivo, negativo, indeterminado, além de “sem informação”. O status “sem informação” corresponde, basicamente, à desistência do teste em meio ao processo de aconselhamento de testagem, já que estes são realizados após aconselhamento pré-teste com o conselheiro, acompanhado do preenchimento da ficha de coleta. Somente o resultado conclusivo é preenchido após o resultado final. O motivo de solicitação do teste refere-se às razões do pedido de sorologia por parte do solicitante (o que compreende não apenas os voluntários, como também as indicações por razões médicas).

As categorias analisadas foram: demanda espontânea¹⁴; pré-natal (programa de prevenção de transmissão vertical); para informação pessoal do status sorológico por provável

¹⁴ Isto é indivíduos que se submeteram ao teste voluntário, sem indicações clínicas aparentes ou para documentação

exposição sexual¹⁵; além de tipo de atendimento em que os casos de HIV/AIDS foram classificados em originário de atendimento hospitalar ou não¹⁶.

IV.4.A Província de Sofala, localização geográfica

A província de Sofala encontra-se na região Centro do País, tem uma área de 68.018 km² e uma população de 1.289.390 habitantes (censo de 1997), sendo 1.582.000 o número de habitantes projetado para o ano de 2004, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2004). A sua capital é a cidade da Beira, que dista cerca de 1190 km, a norte, da cidade de Maputo (capital de Moçambique). A Província está dividida em 12 (doze) distritos, além da cidade da Beira (Tabela 13 e Mapa 3). Os distritos são basicamente compostos de ambientes rurais.

Tabela 13. Distribuição da População da Província de Sofala por Distrito, 2004

DISTRITO	POPULAÇÃO
Beira Cidade	544.535
Búzi	146.171
Caia	90.973
Chemba	44.740
Cheringoma	18.103
Chibabava	66.904
Dondo	167.834
Gorongosa	89.475
Machanga	44.363
Maringue	62.634
Marromeu	70.845
Muanza	13.447
Nhamatanda	188.727
TOTAL	1.548.751

Fonte: MISAU (2004), Simp (2003)

¹⁵ Isto é, situação em que é referida suspeita de contato sexual sem proteção (situação de risco) ou quando havia indicações clínicas e/ou doentes.

¹⁶ Referido por profissional da saúde.

Tabela 14. Distribuição da população da Província de Sofala por Distrito, distribuição de Posto de Saúde (PS), Centro de Saúde (CS), Hospitais Rurais (HR) e Hospitais Provinciais (HP), 2003

DISTRITO	POPULAÇÃO	PS	CS	HR	HP	TOTAL
Beira Cidade	544.535	9	9		1	19
Búzi	146.171	11	10	1		32
Caia	90.973	1	7			8
Chemba	44.740	6	3			9
Cheringoma	18.103	2	4	1		7
Chibabava	66.904	1	10	1		12
Dondo	167.834	6	6			12
Gorongosa	89.475	6	10			16
Machanga	44.363	1	6			7
Maringue	62.634	2	3			5
Marromeu	70.845	12	3	1		16
Muanza	13.447	9	3			12
Nhamatanda	188.727	6	10	1		17
TOTAL	1.548.751	72	84	5	1	162

PS = Posto de Saúde; CS = Centro de Saúde; HR = Hospital Rural; HP = Hospital Provincial
 Fonte: MISAU (2004), Simp (2003)

Segundo dados do INE (2004), a situação socioeconômica da Província de Sofala pode se caracterizar pelos seguintes indicadores: contribuição para o Produto Interno Bruto (PIB) de Moçambique de 9%; Índice de Desenvolvimento Humano no período sob análise de 0,29; Taxa de Pobreza Absoluta de 47,2%; população que não dispunha de água potável 52,9%; Taxa de Analfabetismo de 46,5; principais atividades econômicas no comércio, correspondendo a 35,9% da produção local de bens e mercadorias, no transporte e na comunicação, correspondendo a 14,4% do total, na agricultura 12,2% e 40% em atividades não especificadas.

IV.5. Perfil epidemiológico da Província de Sofala

Segundo o MISAU (2004), o quadro epidemiológico da Província no período de 2002 a 2003 apresentou tendência variável no que diz respeito às diferentes doenças de notificação obrigatória, especialmente malária, meningite, diarreias e disenterias e sarampo.

Ao longo do período sob análise, as notificações de novos casos de malária apresentaram tendência ascendente, tendo passado de 247.328 casos, notificados em 2000, para 456.015, em 2003, o que representou aumento na ordem de 84,4% (MISAU 2004).

Em 2003, foram notificados 421 óbitos devido à malária e complicações associadas, contra 495 óbitos registrados no ano anterior (2002), sugerindo uma ligeira redução da taxa de mortalidade. As síndromes diarréicas continuaram a apresentar prevalência elevada (MISAU, 2004). Comparando os dados referentes aos anos de 2000 e 2003, segundo o Relatório do MISAU (2004), constata-se um aumento da ordem de 31,5% de casos registrados. Cabe observar que a Província é constantemente assolada por surtos de cólera, com média de 4000 casos a cada surto. Os óbitos decorrentes desta doença totalizaram 16 em 2002, contra 21 em 2003.

Observa-se um incremento progressivo do número de casos registrados de SIDA/AIDS na Província de Sofala, tendo sido notificados 1169 casos em 2000; 1048 casos, em 2001 (ou seja, decréscimo transitório); 1598 casos, em 2002; 1812 casos, em 2003 (Tabela 15). Ainda na Tabela 15, pode-se observar também o incremento progressivo das notificações das demais infecções sexualmente transmissíveis (IST) na Província.

Em virtude das limitações mencionadas, referentes à cobertura, acesso e consistência das informações, não é possível afirmar que, de fato, ambas as epidemias, de AIDS/SIDA e das demais IST estejam experimentando incremento, embora o incremento, em paralelo, e segundo tendências, grosso modo semelhantes entre AIDS/SIDA e demais IST, sugira fortemente que sim, que se trata de dados que refletem, ao menos parcialmente, uma dinâmica epidemiológica real.

Tabela 15. Evolução da notificação de casos de AIDS e demais Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/ITS), na Província de Sofala, 2000-2003

	CASOS			
	2000	2001	2002	2003
AIDS	1.169	1.048	1.598	1.812
IST/ITS	44.082	46.219	47.839	56.901

Fonte: MISAU (2004)

O Relatório do MISAU (2004) destaca, entretanto, que entre os anos de 2000 a 2003 registrou-se uma melhoria da capacidade diagnóstica das unidades localizadas na Província de Sofala, como resultado da abertura de novos GATV. Portanto, é possível atribuir parte do incremento da AIDS/SIDA e demais IST a um maior acesso aos recursos de testagem e a uma

maior precisão do diagnóstico em Gabinetes melhor aparelhados e que contavam com pessoal treinado.

A partir do banco dos GATV destacamos, entre outras, variáveis que nos proporcionam informações sobre HIV/AIDS, discriminada pelo status sorológico e perfil sócio-demográfico dos indivíduos testados.

As tabulações foram definidas através das mensurações de frequências e respectivas porcentagens, além das representações gráficas das variáveis sob estudo no período. A distribuição dos dados ao longo do tempo nos possibilita visualizar as tendências da epidemia nas suas possíveis relações com determinantes sociais.

CAPÍTULO V - Apresentação e Análise dos Resultados

A seguir, são apresentados os resultados e a correspondente análise descritiva da situação da AIDS/SIDA na Província de Sofala. Estes dados foram coletados nos GATV de todas as modalidades, em operação na Província de Sofala, promotores de serviços de aconselhamento e testagem em voluntários, em pacientes referidos por profissionais de saúde ou em mulheres grávidas provenientes do Programa de Transmissão Vertical.

São apresentados a seguir os dados referentes ao período que vai de janeiro de 2002 a dezembro de 2005, período em que a epidemia se agravou na Província de Sofala, e que merece, portanto, uma apreciação mais detalhada. O ano de 2006 não foi incluído devido ao fato de que as informações referentes a este ano limitavam-se, quando do levantamento de dados, a uns poucos meses.

As seguintes variáveis foram selecionadas e tabuladas: sexo; idade; nível de escolaridade; razão principal da visita (ao GATV); se teve (ou não) DST nos últimos 12 meses; uso de preservativo na última relação; situação conjugal; e local de residência. As idades foram agrupadas em cinco faixas, a saber: 0-14, 15-29, 30-49, 50-64, 65+ (65 anos ou mais anos de idade). Foram utilizados nas tabulações os *softwares* Epi Info versão 3.3.2 e Excel.

No período de quatro anos, sob análise, foram registrados 57.434 indivíduos do sexo masculino e feminino (Tabela 16), dos quais 15.131 (26,5%) apresentaram sorologia positiva e 41.488 indivíduos (72,6%) sorologia negativa. Os demais resultados foram indeterminados (417 amostras), além de casos “sem informação” (398 indivíduos, que, supostamente, não chegaram a fornecer amostras de sangue, tendo recebido apenas aconselhamento pré-teste) (Tabela 17).

Podemos observar na Tabela 17 que a diferença relativa ao número de indivíduos positivos e negativos no primeiro ano (2002) era de 1:4, ou seja, o número de indivíduos que foram diagnosticados como positivos (ou, mais precisamente, soro-reagentes para a infecção pelo HIV) era, aproximadamente, quatro vezes menor em relação ao de indivíduos negativos (ou seja, não infectados pelo HIV).

A diferença entre o número de indivíduos positivos e negativos torna-se menor nos anos seguintes, principalmente em 2003 e 2005, anos em que o número de indivíduos positivos corresponde a aproximadamente metade (50%) do número de indivíduos negativos.

Tabela 16. Distribuição das amostras discriminadas por sexo. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005

SEXO	N	%
Masculino	19999	34,8
Feminino	37419	65,2
Sem informação	16	0
Total	57434	100

Tabela 17. Distribuição das amostras, em número (e percentagens correspondentes à distribuição anual de resultados por status serológico), segundo ano de realização dos exames e status serológico para o HIV. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005

Resultado do Teste	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-2005
	N	N	N	N	N (%)
HIV +	205	3121	5963	5842	15131 (26,3)
HIV -	819	7041	17969	15659	41488 (72,2)
Indeterminado	8	63	187	159	417 (0,7)
Sem informação	2	32	101	263	398 (0,7)
TOTAL	1034	10257	24220	21923	57434 (100)

N = número de indivíduos que procuraram os serviços de ATV

N(%) = número e percentagem de indivíduos que procuraram serviços de ATV

É possível concluir que o atendimento nos serviços de ATV aumentou substancialmente ao longo do período, seja em função de uma melhor cobertura e acesso, seja em função de um agravamento da epidemia na Província de Sofala, seja ainda por uma combinação de ambos os fatores, isto é, um aumento das demandas por testagem num contexto de agravamento da epidemia, mais adequadamente atendida pelos GATV disponíveis, em função do aumento da cobertura e/ou maior acessibilidade.

Da mesma forma, a maior proporção de indivíduos positivos, frente aos indivíduos negativos, em anos recentes, provavelmente reflete uma combinação de fatores, que inclui o efetivo agravamento da epidemia na Província e uma maior demanda de testagem por parte dos indivíduos sob maior risco, provavelmente devido à maior conscientização acerca da epidemia por parte da população da Província. Provavelmente, tal aumento da demanda deve-se à menor a menor marginalização/estigmatização dos indivíduos sob maior risco.

V.1 Descrição dos resultados dos testes HIV-positivos (soro-reagentes para a infecção pelo HIV), segundo variáveis selecionadas

Variável “Sexo”

Nos quatro anos sob análise (2002-5), foram diagnosticados 15.131 casos de infecção pelo HIV, em indivíduos de ambos os sexos (Tabela 17). Verifica-se uma variação ascendente no número dos casos, para ambos os sexos.

Conforme a tabela 18, em 2002, o número dos casos referente aos indivíduos do sexo feminino foi de 130 (63,4%), para 75 homens (36,6%). No ano seguinte, observa-se um aumento extremamente acentuado do número de casos positivos em ambos os sexos e o número de casos entre mulheres continuou a superar, em muito, o número de casos entre os homens, com 1963 (62,9%) casos femininos, para 1157 (37,1%) do sexo masculino. Em 2004, a proporção entre o número de casos femininos cresce de forma marcante, chegando a corresponder a um número 2,5 vezes maior que os casos registrados entre os indivíduos do sexo masculino. Em 2005, esta diferença se reduz a uma proporção inferior a 2:1 (mais precisamente, 1,92:1,0), embora o predomínio das mulheres positivas, com relação aos homens, se mantenha.

Tabela 18. Distribuição dos casos HIV-positivos segundo sexo. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005

Sexo	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-05
	N	N	N	N	N(%)
Masculino	75	1157	1696	1999	4927(32,6)
Feminino	130	1963	4265	3842	10200(67,4)
Sem informação	0	1	2	1	4 (0,0)
TOTAL	205	3121	5963	5842	15131(100)

N = número de casos diagnosticados

N (%)= número e percentagem de casos diagnosticados

Ainda que provavelmente exista um processo de feminização da epidemia de AIDS/SIDA em curso na Província, a proporção de novas infecções entre mulheres e homens varia, no período, de forma abrupta, o que leva a pensar em efeitos secundários não à epidemia em si, mas sim à oferta de testagem e aconselhamento. O fato de existirem GATV com a finalidade específica de testar mulheres grávidas certamente estimula a testagem nesta população.

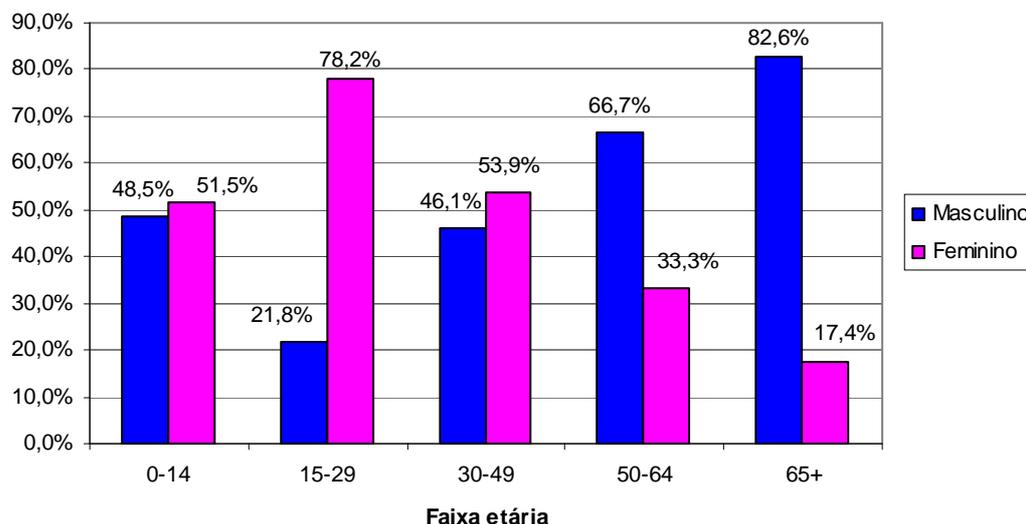
Variável “Idade”

Observando a distribuição dos casos diagnosticados como positivos, segundo as 5 faixas etárias propostas, é possível observar que, entre os indivíduos que foram diagnosticados como positivos no período de 2002-2005, predominam jovens na faixa etária de 15-29, correspondendo a (59,4%) dos indivíduos diagnosticados como positivos (Tabela 19), dos quais 78,2% eram do sexo feminino e 21,8% do sexo masculino. Distribuição por sexo distinta e oposta pode ser verificada entre os indivíduos na faixa etária de 50-64, onde os indivíduos do sexo masculino constituem a maioria, correspondendo a dois-terços (66,7%) dos casos (Gráfico 1).

Tabela 19. Distribuição dos casos de HIV/AIDS por sexo e faixa etária por ano. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2003

Faixa etária	ANO				TOTAL N(%)
	2002 N	2003 N	2004 N	2005 N	
0-14	5	86	122	179	392(2,6)
15-29	143	1852	3766	3234	8995(59,4)
30-49	55	1060	1879	2146	5140(34,0)
50-64	1	109	171	259	540(3,6)
65+	1	10	17	18	46(0,3)
Sem informação	0	4	8	6	18(0,1)
TOTAL	205	3121	5963	5842	15131(100)

Gráfico 1. Padrão da distribuição dos casos HIV+, segundo faixa etária e sexo. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005

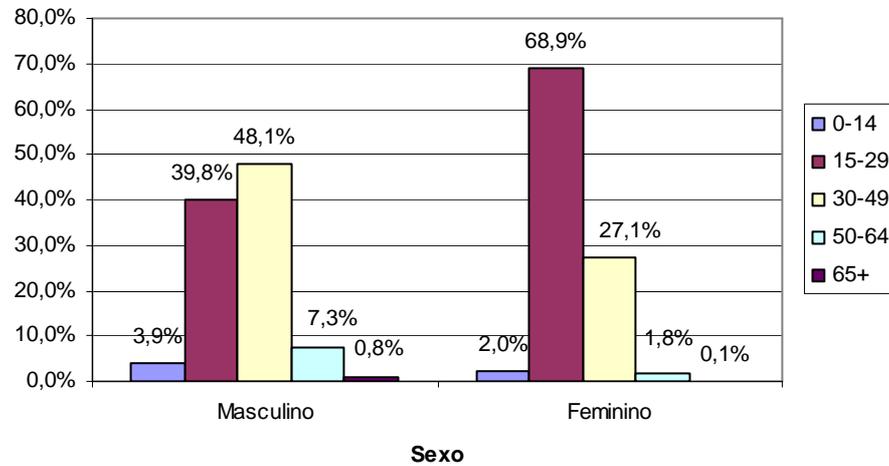


Nota: os valores não totalizam 100% devido a ausência de informações para alguns casos

Observando-se o gráfico acima, verifica-se que os casos identificados na população feminina estão concentrados na faixa etária de 15-29 anos, enquanto os registrados entre os indivíduos do sexo masculino se concentram na faixa etária de 30-49 anos (Gráfico 2). Isto sugere, segundo o documento Publicado por Panos/SWAA (2001), de que o padrão mais freqüente de transmissão em Moçambique segue esquema de relação em que o indivíduo de sexo masculino mais velho, HIV-positivo, transmite o vírus a uma mulher mais jovem, como ilustrado no Diagrama 1.

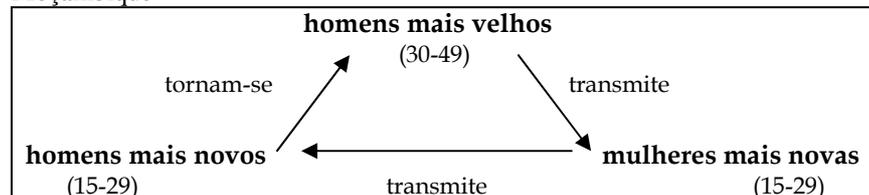
Cabe registrar que resultados de estudos empíricos e de modelos matemáticos documentam claramente o papel central das regras de pareamento vigentes na África subsaariana (homens mais velhos & mulheres bastante mais jovens) na disseminação vigorosa e contínua da epidemia naquela região (Garnett & Anderson, 1993; Gregson et al., 2002).

Gráfico 2. Distribuição de casos HIV-positivos por sexo e faixa etária. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005



Nota: os valores não totalizam 100% devido a ausência de informações para alguns casos

Diagrama 1. Padrão esquemático de transmissão do HIV na população de Moçambique



Variável “Escolaridade”

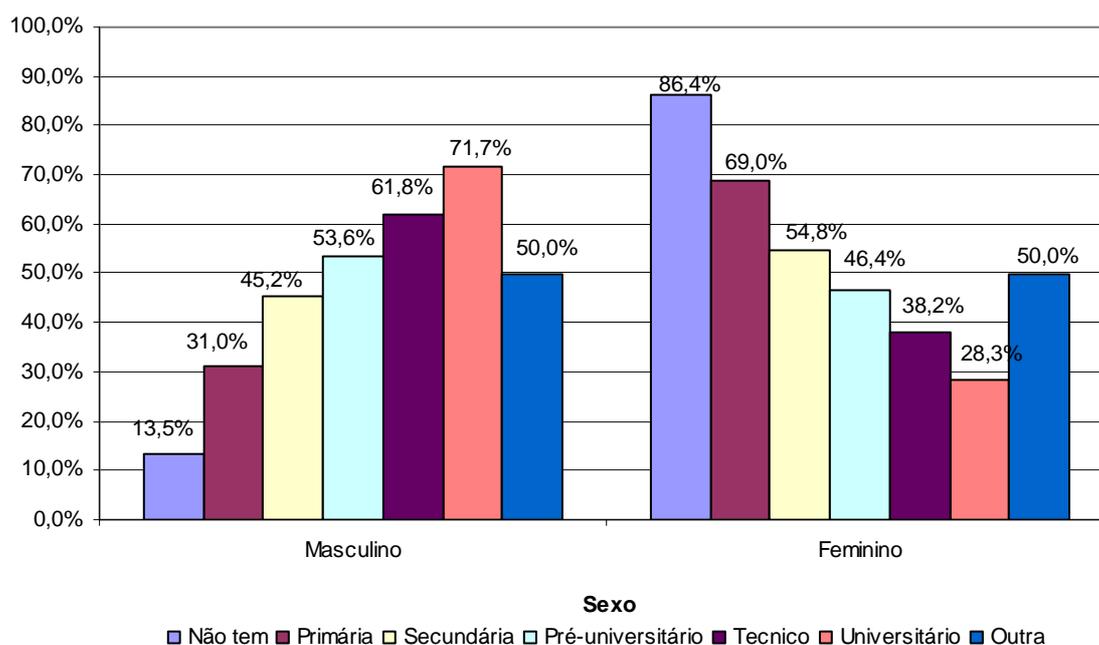
Entre os indivíduos que apresentaram resultados positivos quando da testagem figura maioria com menor nível de escolaridade, tendo 52,3% cursado o ensino primário, 22,6% o ensino secundário e 18,7% sem qualquer experiência sistemática de escolarização (analfabetos e analfabetos funcionais) (Tabela 20).

Estratificando-se a escolaridade por sexo, observam-se diferenças expressivas, com concentração de mulheres entre os indivíduos com menor escolaridade (Gráfico 3).

Tabela 20 Distribuição de casos HIV-positivos por ano e escolaridade na Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005

Escolaridade	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-05
	N	n	N	n	n (%)
Não tem	55	476	1116	1187	2834 (18,7)
Primária	98	1629	3129	3044	7900 (52,2)
Secundária	49	769	1357	1250	3425 (22,6)
Pré-universitária	1	162	243	245	651 (4,3)
Técnico	1	58	67	60	186 (1,2)
Universitário	0	21	44	41	106 (0,7)
Sem informação	1	6	7	15	29 (0,2)
TOTAL	205	3121	5963	5842	15131(100)

Grafico 3. Padrão de distribuição dos casos HIV positivos, por nível da escolaridade e gênero. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005



Nota: os valores não totalizam 100% devido a ausência de informações para alguns casos

Variável “Razão da visita”

O principal motivo da visita dos indivíduos que procuram os GATV, a fim de fazer os testes para o diagnóstico da infecção pelo HIV, é o adoecimento, ou seja, mais de um quarto de todos os indivíduos (26,4%) demandaram a testagem quando já apresentavam sinais e sintomas compatíveis com a síndrome clínica (AIDS/SIDA) e se percebiam doentes. O

segundo motivo principal (referido por 24,7% dos indivíduos entrevistados) estava vinculado ao Programa de Transmissão Vertical, ou seja, às mulheres grávidas que desejavam saber seu sorostatus, visando prevenir a transmissão do HIV para seus conceptos. Os indivíduos que demandaram os GATV em função dos seus “comportamentos de risco” correspondiam a 15,8% do total (cabendo observar que não necessariamente a auto-definição do que é “comportamento de risco” corresponde à definição técnica do que constitui e do que não constitui um comportamento de risco). Finalmente, os indivíduos que foram referidos por profissionais de saúde corresponderam a 13,5% dos que preencheram as fichas de testagem nos GATV.

Como pode ser visto na Tabela 21 e no gráfico 4, a participação proporcional da resposta “comportamento de risco” mostrou-se decrescente ao longo do tempo, com um aumento expressivo da participação proporcional do Programa de Transmissão Vertical dos indivíduos que se percebem doentes e daqueles referidos por profissionais de saúde.

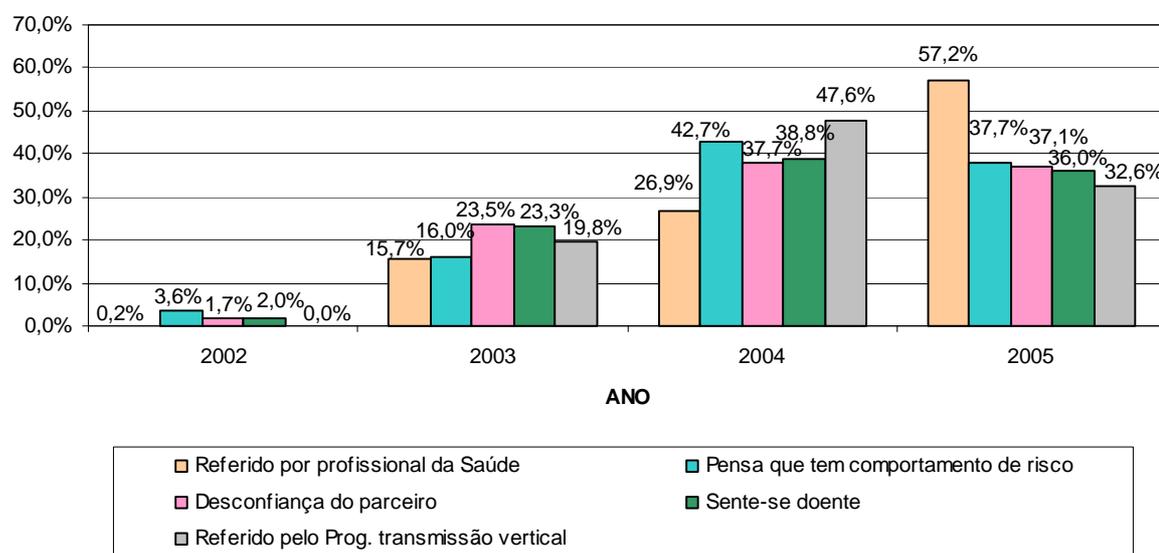
Tabela 21. Distribuição dos casos HIV-positivos por razão principal da visita e/ou teste. Sofala, Moçambique, 2002-2005

Razão Principal da Visita	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-05
	n	N	n	N	n (%)
Referido por profissional de saúde	4	319	546	1163	2032 (13,4)
Pensa ter comportamento de risco	86	381	1019	900	2386 (15,8)
Parceiro de alto risco	8	33	28	15	84 (0,6)
Desconfiança do parceiro	10	139	223	219	591 (3,9)
Sente-se doente	79	932	1555	1441	4007 (26,5)
Parceiro está doente	2	42	63	54	161 (1,1)
Parceiro HIV+	0	59	92	113	264 (1,7)
Referido pelo Programa transmissão vertical	1	738	1772	1214	3725 (24,6)
Planejamento Familiar	2	8	9	37	56 (0,4)
Criança doente	2	36	54	82	174 (1,1)
Casamento	2	11	27	15	55 (0,4)
Mais aconselhamento	7	339	445	328	1119 (7,4)
Violência sexual	0	0	14	5	19 (0,1)
Referido pelo programa de Tuberculose	0	0	1	105	106 (0,7)
Ida a SAAJ	0	0	0	4	4 (0,0)
Outros	1	81	103	136	32 (2,1)
Sem informação	1	3	12	11	27 (0,2)
TOTAL	205	3121	5963	5842	1513 (100)

SAAJ¹⁷ – Serviço Amigos de Adolescente e Jovens.

¹⁷ SAAJ referem-se aos serviços específicos em Saúde Sexual Reprodutiva ao adolescente e Jovem (10-24 anos de idade), e ambos os sexos. Os serviços oferecem: atendimento gratuito e ambiente acolhedor; informação adequada sobre sexualidade na adolescência, contracepção e proteção contra a gravidez indesejada e contra as ITS/HIV/AIDS; diagnóstico e tratamento das ITS, atenção pré-natal e no pós-parto; diagnóstico e tratamento das complicações do aborto; serviços de ATV ou transferência para os GATV existentes com atendimento por conselheiros treinados e sensíveis às questões da adolescências.

Grafico 4. Padrão de distribuição dos casos HIV positivos, por ano e as principais razões de visita aos serviços de ATV. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005



Variável “Ocorrência de DST nos últimos 12 meses”

Pouco mais de um quarto (27,6%) dos indivíduos entrevistados disseram ter tido uma DST (doença sexualmente transmissível) nos últimos 12 meses (Tabela 22).

A proporção de mais de um quarto dos entrevistados é elevada, pois inúmeras DST cursam de forma assintomática ou oligossintomática, além do fato de inúmeros indivíduos não associarem os seus sintomas a uma DST. Cabe lembrar aqui que as DST vêm sendo identificadas em muitos estudos sobre a epidemia de HIV/AIDS como condição facilitadora da aquisição da infecção pelo HIV e da transmissão do HIV em relações sexuais desprotegidas.

Tabela 22. Distribuição dos casos HIV-positivos segundo história de DST (auto-referida), nos últimos 12 meses. Província de Sofala, Moçambique, 2002-2005

	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-05
Teve DST nos últimos 12 meses	N	N	n	n	n (%)
Não	117	1989	4074	4067	10247 (67,7)
Sim	81	986	1652	1444	4163 (27,5)
Sem informação	7	146	237	331	721(4,8)
TOTAL	205	3121	5963	5842	15131 (100)

Variável “Uso de preservativo na última relação sexual”

A ampla maioria dos entrevistados, correspondendo a $\frac{3}{4}$ do total (75,9%) disseram “não” ter utilizado preservativos na última relação sexual com seu parceiro regular. Esta elevada proporção, no contexto de uma epidemia grave e em expansão, sinaliza claramente para uma forte resistência ao uso de preservativos. Segundo Lagarde *et al.* (2001), é importante salientar que o uso consistente de preservativos é altamente eficaz no sentido de prevenir a transmissão do HIV, mesmo no contexto de relações repetidas entre parceiros estáveis.

Tabela 23. Distribuição dos casos HIV-positivos segundo resposta à questão sobre uso de preservativo na última relação sexual. Sofala, Moçambique, 2002-2005

	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-05
Usou de preservativo na última relação	N	N	n	n	n (%)
Sim - Com Parceiro Regular	13	323	394	362	1092 (7,2)
Não - Com Parceiro Regular	144	2316	4618	4413	11491 (75,9)
Sim - Com Parceiro ocasional	11	2316	191	205	516 (3,4)
Não - Com Parceiro ocasional	23	2316	533	539	1339 (8,8)
Sem informação	14	129	227	323	693 (4,6)
TOTAL	205	2316	5963	5842	15131 (100)

Variável “Situação conjugal”

Os indivíduos unidos correspondem à mais da metade dos entrevistados (56,5%), o que inclui legalmente casados (25,8%) e unidos (30,7%) (Tabela 24). Tal achado reforça as observações anteriores, no sentido de que é fundamental utilizar preservativos de forma consistente no contexto de uniões estáveis, o que não vem ocorrendo (Tabela 23).

Tabela 24. Distribuição de casos de HIV/AIDS segundo situação conjugal, Sofala-Moçambique, 2002 a 2005

	Ano				
	2002	2003	2004	2005	2002-05
Situação Conjugal	n	N	n	n	n (%)
Casado	115	906	1690	1195	3906 (25,8)
Solteiro	50	848	1613	1292	3803 (25,1)
Separado	11	188	357	333	889 (5,9)
Divorciado	4	30	95	148	277 (1,8)
Viúvo	14	182	454	664	1314 (8,7)
União de fato	10	926	1660	2050	4646 (30,7)
Outro	1	21	23	22	67 (0,4)
Sem informação	0	20	71	138	229 (1,5)
TOTAL	205	3121	5963	5842	15131 (100)

Variável: Área de residência

A ampla maioria dos casos (correspondendo a 76,7%) residia em área urbana. Cabe observar, entretanto, que a cobertura e a acessibilidade são substancialmente maiores na área urbana e que os custos de transporte e o dispêndio de horas para chegar aos locais de testagem nas cidades representam barreira relevante no contexto de um país pobre, com sistema de transportes deficiente (Tabela 25).

Tabela 25. Distribuição dos casos de HIV/AIDS segundo área de residência Sofala-Moçambique, 2002-2005

	ANO				
	2002	2003	2004	2005	TOTAL
Área de residência	n	N	n	n	n (%)
Urbana	41	2478	4487	4330	11336 (74,9)
Rural	92	367	1474	1500	3433 (22,7)
Sem informação	72	276	2	12	362 (2,4)
TOTAL	205	3121	5963	5842	15131 (100)

Apenas estudos empíricos realizados nas comunidades podem esclarecer as reais prevalências da infecção pelo HIV no contexto urbano e rural da Província.

CAPITULO VI - Discussão

Os resultados e as informações sistematizadas neste trabalho, de um modo abrangente, ao nível global e do continente Africano, e especialmente com relação à África subsaariana e Moçambique, mostram que existiam e seguem existindo na África subsaariana todas as condições potenciais para que a AIDS/SIDA continue a ser um problema fundamental de saúde pública. Saúde pública, como reconhecido por Valongueiro & Campineiro (2002), apreendida como um amplo conjunto de condições coletivas de existência e interações, influenciadas pela cultura, pela política, pelo social e pela economia. Portanto, a propagação acelerada e extensa da epidemia de AIDS/SIDA se vê favorecida por esses fatores, alguns universais e outros específicos de cada região do Mundo, especialmente complexos e graves nas regiões mais pobres e vulneráveis.

Como vimos, no capítulo I, a epidemia de AIDS/SIDA de uma maneira geral no mundo, no continente africano e em Moçambique constitui uma grave pandemia, um problema bastante sério para as autoridades de saúde e para as comunidades mais afetadas. Diversos estudos vêm sendo conduzidos no sentido de melhor conhecer os fatores que contribuem para a disseminação do HIV/AIDS, em diferentes contextos.

Em Moçambique, como em vários países africanos, são muitos os fatores estreitamente vinculados à disseminação do vírus da AIDS. Fatores socioculturais, econômicos e demográficos influenciam profundamente na disseminação da epidemia. Comunidades fragilizadas pela fome, miséria ou guerras não contam com os necessários recursos para implementar iniciativas amplas de prevenção e não são capazes de oferecer tratamento a preços acessíveis à sua população, como é feito nos programas de acesso universal, sem custo para o usuário final de medicamentos anti-retrovirais.

Os fatores que influenciam na disseminação da epidemia de AIDS/SIDA estão fortemente interligados, isto é, cada fator implica a existência do outro. Os conflitos e o desemprego estrutural geram a pobreza, além de dispersão da população, que se traduz, por seu turno, nas migrações forçadas, em massa. Cada migrante carrega sua história de pobreza, dificuldade de acesso a bens e serviços e dificuldades de reinserção e emprego.

Os conflitos civis têm sido reconhecidos como determinantes do risco de disseminação de diferentes doenças infecciosas. O reaparecimento de doenças epidêmicas, até então sob controle, na África subsaariana, desde os anos 1970, como o cólera, coincidiu com o extenso conflito civil nas regiões afetadas (Berrang, 2007). Segundo Hankins et al. (2002) e Mworoz

(1993), os conflitos armados são determinantes importantes na dinâmica da epidemia de HIV no contexto de cada país e em seu entorno, ao afetarem, direta ou indiretamente, a vida da população, a saúde pública e a seguridade da vida, incluindo o acesso à alimentação, escolas e aos serviços de saúde. Os grandes deslocamentos populacionais para países vizinhos com elevadas taxas de seroprevalência para o HIV na sua população geral (epidemias generalizadas), determinam graves crises de saúde, agravadas pela limitada infra-estrutura de saúde. As guerras impedem o acesso à alimentação e a outras necessidades básicas, fazendo com que as pessoas emigrem forçosamente. Os refugiados são altamente vulneráveis, inclusive sexualmente, sob pressão de suas próprias necessidades, como alimentação, dinheiro e acesso à satisfação de outras necessidades básicas (Mworozi, 1993).

O conflito contribui para um risco ampliado de disseminação de diferentes doenças, afetando o potencial da transmissão das infecciosas, através dos impactos econômicos (desemprego, destruição de infra-estrutura), da degradação dos sistemas da saúde e serviços, e acesso reduzido à ajuda humanitária (Berrang, 2007).

Segundo Berrang, a reemergência de doenças supostamente controladas, como o cólera, impõe custos crescentes a sistemas de saúde dos países já sobrecarregados pela malária, pelo HIV/AIDS e pela tuberculose. Essas doenças em países como o Sudão, a República Democrática do Congo e Angola, ocorrem em proporções epidêmicas, e são a primeira ou segunda maior causa da mortalidade em algumas áreas, acima mesmo da AIDS/SIDA.

Em Moçambique, a guerra comprometeu profundamente o sistema de saúde e a saúde da população, fazendo com que aumentasse a taxa de infecção pelas diferentes doenças sexualmente transmissíveis (como a sífilis, no início da década de 1970), em mulheres abusadas sexualmente (Vuylsteke *et al.*, 1993). Não há dados mais detalhados, entretanto, sobre a violência sexual no país durante as guerras civis.

Em Moçambique, diferentes fatores demográficos contribuem para a ampliação do risco de disseminação de diversas doenças, incluindo o alto grau de mobilidade interna e externa da população, particularmente durante a guerra civil, ao final dos anos 1980, e no período de reintegração do pós-guerra, nos anos 1990. Nos distritos fronteiriços, as movimentações das populações de e para países vizinhos, com elevadas taxas de infecção pelo HIV, contribuiu significativamente para as elevadas taxas de infecção pelo HIV nessas zonas. Nesse contexto, em Moçambique, podem ser identificados quatro tipos predominantes de migração:

- Busca de trabalho em outros países supostamente mais estáveis, do ponto de vista econômico e/ou político. Muitos moçambicanos deixaram o país rumo à África do Sul, Malawi e Zimbabwe, segundo uma corrente migratória vigente desde o tempo em que Moçambique era uma colônia portuguesa, tendo continuado depois da independência;
- Refugiados (expatriados) de guerra deixaram o país devido ao conflito armado;
- Refugiados internos de guerra ou deslocados procuram proteção nas cidades guarnecidas ou nas principais cidades do país, fugindo de áreas de conflito aberto;
- Negociantes (comerciantes) itinerantes, incluindo transportadores de longo curso, internos ou externos, partilham algumas das características da atitude e de comportamento dos demais migrantes e refugiados.

A região central de Moçambique é a que apresenta a mais elevada prevalência de HIV/AIDS ao nível nacional. Segundo o relatório do ILO/AIDS (2004), a prevalência especialmente elevada na região central de Moçambique pode ser atribuída, principalmente, ao deslocamento de cerca de dois milhões de refugiados que voltaram para o país, provenientes de países vizinhos, onde é bastante elevada a prevalência de HIV/AIDS, como Malawi e Zâmbia. Após o Acordo de Paz, de 1992, devido, especialmente, à mobilidade da população ao longo dos corredores de transporte que ligam Moçambique e o porto de Beira a Zimbábue e a Malawi, as interações de toda sorte, inclusive de natureza sexual, se intensificaram.

Mais de 60% da população total de Moçambique têm menos de 25 anos de idade e o desemprego segue elevado no País, o que significa que as migrações externas e internas devem se manter intensas ao longo do tempo, mesmo com o fim da guerra. As migrações vinculadas ao universo do trabalho (minas e agricultura) (Jochelson *et al.*, 1991) são, nos dias que correm, predominantes em Moçambique, entre a população ativa. Costumes e tradições populares que aumentam o risco de transmissão do HIV, como na rejeição ao uso de preservativos (Green *et al.*, 1993), a desigualdade social e econômica entre homens e mulheres (em detrimento destas últimas), o regresso dos refugiados dos países vizinhos e a pobreza constituem fatores importantes na disseminação da epidemia de HIV/AIDS no País. Outros fatores, igualmente associados à rápida e extensa disseminação do HIV são a elevada prevalência das DTS, a dificuldade de implementação da educação para a saúde nas escolas, o acesso precário à prevenção e aos cuidados de saúde entre certos grupos populacionais, a baixa cobertura de atividades de IEC, as barreiras à implementação de medidas efetivas de

prevenção junto a certos grupos vulneráveis, tais como trabalhadores do sexo, presidiários, imigrantes ilegais e meninos e meninas de rua.

Estudos têm evidenciado que a cultura sexual que rege o comportamento de homens e mulheres segundo normas não igualitárias e preconceituosas constitui um dos fatores que dificultam o controle da epidemia de AIDS (Bond & Dover, 1997). Afinal, no momento em que são definidos os roteiros específicos que norteiam as práticas sexuais, tanto masculinas como femininas, na medida em que estes roteiros estão envoltos em preconceitos, ambos se tornam vulneráveis. No que diz respeito às mulheres, as relações desiguais de poder e a dependência econômica, principalmente nos países em desenvolvimento, limitam o acesso a informações adequadas e atualizadas. Acrescenta-se a isso, o fato de não se perceberem vulneráveis, principalmente quando cumprem o papel que socialmente se espera delas: monogamia e dedicação ao trabalho doméstico (Saldanha & Figueiredo, 2003).

O elevado número de casos de AIDS/SIDA entre indivíduos unidos maritalmente, como é referido no capítulo V estaria, segundo Sunmola (2005), Bond & Dover (1997), relacionado à cultura machista africana, principalmente, por dois motivos — a preocupação em reforçar o caráter impulsivo e imperativo do sexo para os homens, relacionado à masculinidade, virilidade e capacidade de procriação e a rejeição ao uso dos preservativos, visando não atrapalhar o prazer e não por em risco sua reputação sexual. Além disso, eles têm dificuldade de verbalizar suas necessidades de saúde, pois, na sua concepção, isso poderia significar demonstração de fraqueza e feminilidade (Figueiredo, 2005).

A migração externa, induzida pela economia enfraquecida e pela guerra, contribuiu bastante para a exposição potencial ao HIV nos países vizinhos de Moçambique, países onde o HIV constitui o principal problema de saúde pública. A migração interna aumentou também a exposição potencial a situações de alto risco, incluindo a ausência, em um dado contexto, dos parceiros regulares do indivíduo, a falta de uma rede de apoio social e o desejo de manter relacionamentos sexuais sem compromisso.

A guerra e os conflitos a ela associados afetaram o tecido social moçambicano, com impactos econômicos sobre os gastos e acesso a bens de consumo, reduzindo, assim, investimentos nos cuidados domésticos. A guerra leva também ao aumento da destruturação da sociedade causada pela dispersão das famílias, cujos membros são forçados a migrar.

Estudos de Jackson (2004) mostram que a pobreza e a subnutrição são problemas generalizados na região austral da África, em alguns casos, em ascensão. O aumento da subnutrição na África Austral, especialmente em Moçambique, favorece a progressão acelerada da infecção pelo HIV rumo à AIDS/SIDA.

Estigma, censura e omissão caracterizaram a epidemia de AIDS/SIDA no mundo e levaram muitos governos africanos a negarem a existência da epidemia ao longo dos anos 1980, e mesmo nos anos 1990. Os governos que não negaram a gravidade da epidemia, tais como os governos da Uganda e do Quênia, foram severamente penalizados, a princípio. Na década de 1980, Uganda era conhecida como a “capital mundial da AIDS/SIDA”, a ponto da sua indústria de turismo ter sido completamente abalada.

Mansajala (2007) faz uma ampla revisão sobre as relações entre a pobreza e o HIV/AIDS na África, a partir do exemplo de famílias que perdem seus meios de subsistência. Como mostra o autor, a epidemia de AIDS/SIDA determina impactos muito grandes na economia dos países mais afetados, atingindo de forma marcante não apenas indivíduos, famílias e empresas, como também impondo retardo ao crescimento econômico da sociedade como um todo.

As evidências internacionais, segundo Mansajala (2007), mostram que a epidemia vem minando os recursos da sociedade e fomentando, em alguns casos, colapso dos meios de subsistência, presentes e futuros. Essa vulnerabilidade social tem uma forte influência tanto sobre a vulnerabilidade individual quanto no que Jonathan Mann denominou vulnerabilidade programática, ou seja, a resposta que as sociedades são capazes (ou não) de oferecer à crise posta pela epidemia.

Em Moçambique, mais de metade da população vive à base da agricultura de subsistência e do mercado informal, o que indica o papel central das atividades econômicas mais básicas sobre a coesão e social e o desenvolvimento, e os riscos decorrentes da sua desestruturação.

Cabe observar, no entanto, que a despeito da AIDS/SIDA ter relação estreita com a pobreza, ela não está a ela restrita, afetando, ainda que de forma heterogênea, ricos e pobres (Muniyand et al., 2006; Mansajala, 2007). As famílias afetadas pelo adoecimento e morte de seus familiares se vêem forçadas a vender seus bens (meios de produção de subsistência), de modo a cobrir os gastos elevados de tratamento e outros custos associados à AIDS/SIDA. Com um ou ambos os pais mortos, muitas famílias se dissolvem e inúmeras crianças ficam sob os cuidados dos parentes vivos, o que, obviamente, não pode resolver a demanda crescente por apoio e recursos. Conseqüentemente, a pobreza passa para as gerações seguintes e se aprofunda.

O contexto no qual um indivíduo cresce e vive influencia profundamente o seu comportamento. Uma geração de moçambicanos foi socializada no contexto da epidemia de AIDS/SIDA. Nesta, quase todos os indivíduos conheceram alguém vivendo com AIDS/SIDA

ou que tenha falecido em decorrência dela. Epidemias de grande magnitude habitualmente estão associadas à estigmatização e marginalização de grupos e comunidades supostamente mais afetados pela epidemia ou injustamente acusados de contribuir para a sua disseminação. É fundamental, neste contexto, resgatar e promover os direitos e o respeito às pessoas que vivem com AIDS/SIDA.

Como visto na Tabela 17, seja em função de uma maior demanda espontânea, seja em função da oferta de serviços específicos voltados para grávidas, são as mulheres que mais procuraram os serviços de testagem na província de Sofala. No caso de Sofala ou da imensa maioria das sociedades, segundo Gupta *et al.* (1995), as mulheres são particularmente vulneráveis, pois sua dependência econômica e sua secundarização enquanto cidadãs as fazem submissas a seus cônjuges e/ou parceiros. Segundo estes autores, essa situação é bastante pronunciada nas áreas onde a taxa de pobreza é elevada e as mulheres são mais dependentes economicamente. Com relação a isto, são relevantes a situação sócio-econômica em que mulheres e casais estão inseridos, as relações de gênero, os valores culturais, além dos meios que eventualmente possibilitem o acesso dos indivíduos a recursos, de prevenção, cuidados e promoção social que permitam reduzir sua vulnerabilidade e aumentar sua auto-estima.

A Província de Sofala, assim como Moçambique no seu conjunto, não foge ao padrão das demais sociedades onde as taxas de pobreza são elevadas. A própria taxa de fertilidade elevada, que faz com que tantas grávidas sejam testadas a cada ano na Província documenta de forma clara em que medida o sexo desprotegido é prevalente naquele contexto.

Com proporção muito elevada de jovens e número expressivo de órfãos (muitos deles em decorrência da AIDS/SIDA), Moçambique, num futuro próximo, enfrentará crescentes demandas por educação, saúde básica e assistência social. Isso se deve ao fato de, apesar dos esforços desenvolvidos desde a Independência, a população permanecer pouco instruída e conviver com infra-estrutura social e econômica frágeis. O documento publicado por ILO/AIDS¹⁸ (2004) sobre o impacto do HIV/AIDS em recursos humanos em Moçambique afirma que, em 2001, a taxa de analfabetismo adulto no País era de 71%, entre as mulheres, e de 40% entre os homens. Nas zonas rurais, onde vive a maioria da população moçambicana, essas taxas são de, respectivamente, 83% e 52%. Baixos níveis de educação explicam também, em parte, a persistência da pobreza rural e urbana. Deste modo, torna-se evidente a situação de pobreza e carência na qual se insere grande parcela dos indivíduos, especialmente os jovens, e, dentre estes, de forma particularmente dramática, os órfãos. Esta situação de

¹⁸ O ILO (International Labour Organization) é a agência das Nações Unidas responsável pelo universo do trabalho. Em 2000, a agência criou o programa em HIV/AIDS e o mundo do trabalho (ILO/AIDS).

vulnerabilidade social amplia as dificuldades de acesso aos meios de informação, saúde e outros recursos fundamentais.

Níveis educacionais baixos têm sido citados por muitos autores como um dos fatores centrais à disseminação do HIV/AIDS. Segundo trabalhos de Fonseca *et al.* (2000), Eames *et al.* (1993), Mustard *et al.* (1997) e Sloggett & Joshi (1998), a posição do indivíduo na estrutura social constitui um fator central à determinação das suas condições de saúde, sendo o padrão de risco e morbidade observado, quase invariavelmente, desfavorável aos indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados. O analfabetismo é particularmente elevado e preocupante em Moçambique, especialmente entre as mulheres, o que dificulta sobremaneira o acesso às informações essenciais sobre a AIDS — como as formas de transmissão e os meios de prevenção.

As desigualdades de gênero relativos à aquisição e disseminação de HIV constituem um problema central à população feminina em todo o mundo em desenvolvimento (Bastos, 2001), como ilustrado no presente trabalho em Moçambique, assim como na região subsaariana da África de um modo geral (Songwathana, 2001; Mathunjwa e Gary, 2006).

Tal quadro só poderá ser efetivamente revertido com o fim da subordinação econômica, social e política das mulheres (Duituturaga, 2000; Silveira *et al.*, 2002; Saldanha & Figueiredo, 2003; Singh, 2007).

Além dos entraves à prevenção ditados pelas desigualdades de gênero (Silveira *et al.*, 2002), deve-se considerar ainda as relações assimétricas geracionais (entre diferentes estratos etários da população). Gênero e idade determinam relações básicas, por onde se entrelaçam subjetividades, identidades e delineiam-se trajetórias, como expresso no Diagrama 1, que ilustra a transmissão do HIV/AIDS no contexto de Moçambique (e provavelmente em outras sociedades de países em desenvolvimento).

Do ponto de vista biológico, segundo Bastos (2001), o risco de infecção numa relação sexual desprotegida é maior para as mulheres do que para os homens. Como salienta o autor, as mulheres são particularmente vulneráveis à infecção pelo HIV nas relações heterossexuais devido à maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais, à maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher (do que o contrário), à maior quantidade de vírus contida nos fluidos sexuais masculinos e às microfissuras que ocorrem no tecido vaginal ou retal no ato da penetração sexual. Esses fatores biológicos, aliados a situações freqüentemente vivenciadas pelas mulheres, como o sexo não consensual, as relações sexuais desprotegidas secundárias à falta de poder quanto à negociação em torno do

uso de preservativos, além dos comportamentos de risco adotados por seus parceiros, contribuem para aumentar a vulnerabilidade das mulheres ao HIV.

Mau funcionamento de um sistema de saúde pode comprometer a saúde da população que dele depende. Em Moçambique, por exemplo, os problemas descritos no capítulo II sobre SNS podem influenciar na disseminação de HIV. Além do que foi apresentado neste trabalho assim como é sabido, mais de 90% das infecções pelo HIV em adultos na África subsaariana são decorrentes de relações heterossexuais desprotegidas, porém há ainda o papel, difícil de ser quantificado, das infecções secundárias, tais como o uso de seringas não estéreis para fins médicos.

As injeções são um dos procedimentos médicos freqüentemente usados em todo o mundo. A OMS estima que 12 (doze) bilhões de injeções são aplicadas anualmente, onde 5% dos quais são administrados para a imunização e 95% para finalidades curativas. Segundo Kane A et al.(1999) e Hauri AM et al (2004), as práticas inseguras da injeção, tais como reuso das seringas ou agulhas não esterilizadas, é comum em países subdesenvolvidos ou onde o sistema de saúde é deficiente. Tais praticas colocam a equipe de funcionários e os pacientes no risco da infecção através do sangue contaminado.

As injeções são suspeitas e atribuídas a causa de varias infecções principalmente nos países, onde rotineiramente são aplicadas (Simonsen L et al, 1999). Estudos de vários países e evidenciam associação de práticas inseguras da injeção e a transmissão de vírus através do sangue contaminado

Estima-se que em cada ano, 8 a 16 milhões de vírus de hepatite B, 2.3 a 4.7 milhões de hepatite C e 80.000 a 160.000 infecções de HIV são atribuídas à pratica insegura das injeções (Kane A et al., 1999; Kermode M. et al., 2004).

Apetrei et al. (2006), num estudo feito em seringas descartáveis (n=191), após sua utilização em injeções administradas em pacientes na área rural da República dos Camarões, buscaram evidências da contaminação das mesmas pelo HIV. Do total de 191 seringas estudadas, foi identificado RNA de HIV-1 em 34 das 103 utilizadas em injeções intravenosas e em 2 das 88 utilizadas em injeções intramusculares. Portanto, tudo leva a crer que as injeções inseguras desempenhem um papel importante na propagação do HIV na África (Apetrei et al., 2006).

Grandes quantidades das injeções são aplicados em cada ano em muitos países, principalmente em desenvolvimento, e muitos deles inseguros, o que resulta na transmissão de determinados patógenos através do sangue contaminado. Desta rota, tem constituído um dos principais problemas de Saúde Pública nestes países.

O problema é complexo e abastecido por uma mistura de fatores sócio-cultural, econômicos e estruturais. Uma resposta apropriada na parte das organizações internacionais, governos, administradores da saúde, organizações da comunidade e trabalhadores de saúde, incluindo aquelas que trabalham na área de prevenção de HIV/AIDS, deve ser com intervenção regular e rigorosa. Esta resposta deve levantar a consciência das práticas inseguras e os fatores que contribuem a esta pratica, da necessidade conseqüente, e promover mensagens da segurança da injeção entre os usuários e fornecedores de serviços do cuidado de saúde nestes países (Kermode M. et al., 2004).

Impactos da epidemia em Moçambique: Uma síntese

O progressivo agravamento da epidemia de AIDS/SIDA acompanhou todos os desdobramentos do cenário político pós-independência durante o período de guerra e no pós-guerra.

As estimativas das Nações Unidas com referência à expectativa de vida em Moçambique são de 38,1 anos (2000-2005), que podem ser comparados a uma expectativa de 48,5 anos, num cenário hipotético, sem AIDS/SIDA. Estima-se ainda que, para 2010-2015, a expectativa de vida em Moçambique será de 39,3 anos e, num cenário hipotético sem AIDS/SIDA, de 52,5 anos (ILO/AIDS, 2004). Esta redução pronunciada da expectativa de vida na presença da epidemia evidencia o impacto da mortalidade devido à AIDS/SIDA.

O País vem há vários anos enfrentando a problemática dos órfãos, inicialmente vitimados pela guerra e, atualmente, órfãos da AIDS/SIDA. Anualmente, demandam atenção e recursos novos órfãos de mães recentemente falecidas, adicionando-se ao grande contingente de órfãos de anos anteriores, que ainda não completaram os 18 anos de idade, e que seguem demandando atenção e cuidados, em decorrência de suas necessidades básicas e do seu adoecimento, pela AIDS/SIDA e diversas outras condições mórbidas, como malária e tuberculose. Estimativas indicam que o número de crianças órfãs pela AIDS/SIDA, em Moçambique, aumentará de 418.000, em 2001, para 1.064.000, até 2010, quando corresponderão a 58% de todos os órfãos por todas as causas (ILO/AIDS, 2004).

A perda de um ou ambos os pais determina situação de vulnerabilidade ampliada (Andrews, 2006). Segundo este autor, em seu estudo desenvolvido na África subsaariana sobre a vulnerabilidade das crianças no contexto da epidemia de AIDS/SIDA, não resta dúvida de que os órfãos, nessa região de África, são bastante mais vulneráveis do que os não-

órfãos. Em Moçambique, estas crianças, principalmente as que não conseguiram adaptar-se à vida no âmbito de outras famílias, acabam passando boa parte de suas vidas na rua, juntando a outras crianças que também perambulam pelas ruas e povoados.

Há consenso universal de que a epidemia de AIDS/SIDA determina um maior impacto sobre as economias dos países com maior número de casos e com economia, de antemão, frágil, atingindo gravemente indivíduos, famílias e empresas, o que submete o país à miséria e à estagnação econômica. Na primeira metade da década de 1990, o orçamento anual de Moçambique para a AIDS/SIDA girou em torno de US\$ 1,7 milhões, sendo 50% desse valor provido pela União Européia (HIV/AIDS Country Profile: Mozambique, 1996). Não é difícil imaginar o impacto de gastos domésticos de centenas de milhares de dólares sobre economia combatida pela guerra civil e a instabilidade econômica e política então reinantes.

A mortalidade em massa determina grande impacto sobre as sociedades. Nos últimos anos, em Moçambique, os maiores impactos econômico são decorrência das mortes em consequência da AIDS/SIDA, devido ao fato da grande maioria destas ocorrerem em pessoas jovens, em idade produtiva. Esta situação agrava-se pelo o fato do país estar, gradualmente, se recuperando dos efeitos da guerra civil, uma vez que há uma insuficiência de recursos para acomodar quaisquer investimentos perdidos.

Como visto, a epidemia de AIDS/SIDA reduz substancialmente o potencial de curto, médio e longo prazo das famílias por elas afetadas. Essas famílias não apenas perdem renda e bens, no curto prazo, mas enfrentam, ao longo do tempo e do processo de adoecimento dos seus membros, gastos crescentes relativos à assistência médica, com a deterioração da precária estrutura de bens da família, inclusive o acesso à terra e às oportunidades de trabalho. Essas famílias caminham para o empobrecimento acelerado, pondo em risco a segurança alimentar e a saúde dos seus membros. Nessas circunstâncias, é bastante provável que haja queda na produtividade da força de trabalho, deterioração das relações inter-pessoais e das condições de subsistência, e que outros impactos adversos atinjam a geração seguinte. Em longo prazo e vista de forma agregada (conjunto de famílias e comunidades), a epidemia compromete a quantidade e a qualidade dos recursos humanos que poderiam estar disponíveis para o desenvolvimento e reconstrução do País.

CAPITULO VII - Considerações finais

O fato de as atuais taxas de HIV/AIDS de Moçambique parecerem baixas, em comparação com outros países da Região, duramente afetados pela epidemia, como Botswana, Swazilândia e Zâmbia, não se deve negligenciar a criteriosa avaliação da gravidade da epidemia moçambicana. Pode ainda existir uma janela de oportunidade para Moçambique que, uma vez devidamente aproveitada, pode evitar que a epidemia moçambicana chegue a patamares semelhantes aos de seus vizinhos.

As análises das tendências da epidemia de AIDS/SIDA devem contrastar, claramente, epidemias de baixa prevalência, concentradas em determinados grupos populacionais, como a brasileira, e epidemias generalizadas, como a moçambicana. Esta análise é útil para a identificação de contextos de particular vulnerabilidade em um dado país ou região, com a finalidade de desenvolver estratégias de enfrentamento da epidemia efetivamente baseadas na compreensão dos fatores de risco e das variáveis contextuais envolvidas, como a fome, as guerras e as migrações.

A AIDS/SIDA constitui um desafio em Moçambique. Este desafio, segundo Monteiro (2006), é especialmente complexo em contextos empobrecidos, em que a modernidade e as tradições convivem lado-a-lado, o mais das vezes de forma pouco harmônica. A epidemia é ainda complexa nas suas especificidades globais/locais, urbanas/rurais, individuais/coletivas.

Visando a uma análise acurada das tendências da epidemia no espaço e no tempo faz-se necessário consolidar um sistema de informação de abrangência nacional, de modo a garantir o registro, a compilação, o armazenamento, a gerência e a análise de dados referentes à população. Como podemos inferir das claras limitações do presente estudo é fundamental aprimorar a qualidade das informações referentes às pessoas sob risco, assim como àquelas que vivem com o HIV e/ou AIDS/SIDA, subsidiando uma resposta aprofundada e abrangente à epidemia.

Na opinião de muitos autores, a resistência dos homens ao uso consistente do preservativo (especialmente no contexto de relações estáveis) não pode ser superada por completo. Portanto, as mensagens educacionais devem enfatizar a necessidade dos indivíduos avaliarem corretamente seus riscos de se infectarem com o HIV e mudarem seus comportamentos a partir de uma auto-percepção o mais acurada possível do risco e de uma auto-estima preservada. A integração de programas de prevenção do HIV/AIDS e de saúde sexual e reprodutiva se mostra aqui essencial.

A elevada prevalência de DST favorece a aquisição e a transmissão do HIV, assim como a presença de carga viral elevada entre os já infectados. Por isso, é fundamental implementar programas integrados de saúde sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento da AIDS/SIDA, para homens e mulheres, com ênfase no diagnóstico precoce e no tratamento das DST, e no tratamento e apoio às pessoas vivendo com AIDS/SIDA.

A vulnerabilidade é um conceito cunhado por Jonathan Mann, na década de 1980, visando facilitar a compreensão da dinâmica da AIDS/SIDA e a implementação de estratégias de prevenção e cuidados frente à epidemia, então nascente. Esse conceito inclui aspectos biológicos e comportamentais, assim como aspectos sociais, essenciais à definição e efetiva implementação de políticas públicas para populações e comunidades sob maiores riscos, contemplando aspectos culturais e macro-sociais, como as normas que regulam as relações de poder nas sociedades e em mundo globalizado e profundamente injusto.

BIBLIOGRAFIA

Ansaruzzaman M; Bhuiyan N.A; Nair B.G; Sack D.A; Lucas M; Deen J.L; Ampuero J; Chaignat C.L. The mozambique cholera vaccine demonstration project coordination group. Cholera in Mozambique, variant of *Vibrio cholerae*. *Emerg Infect Dis*. 2004 Nov;10(11):2057-9.

Apetrei C; Becker J; Metzger M; Gautam R; Engle J; Wales A.K; Eyong M; Enyong P; Sama M; Foley B.T; Drucker E; Marx P.A. Potential for HIV transmission through unsafe injections. *AIDS*. 2006 Apr 24;20(7):1074-6.

Auvert B.; Buvé A.; Ferry B.; Caraël M.; Morison L.; Lagarde E.; Robinson N. J.; Kahindo M.; Chege J.; utenbergN. R; Musonda R.; Laourou M.; Akam E.; for the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Ecological and individual level analysis of risk factors for HIV infection in four urban populations in sub-Saharan Africa with different levels of HIV infection. *AIDS*. 15 Supplement 4:S15-S30, August 2001.

Auvert B.; Buvé A.; Lagarde E.; Kahindo M.; Chege J.; Rutenberg N.; Musonda R.; Laourou M.; Akam E.; Weiss H. A.; for the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Male circumcision and HIV infection in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 15 Supplement 4:S31-S40, August 2001.

Barre-Sinoussi F; Chermann JC; Rey F; Nugeyre MT; Chamaret S; Gruest J; Dauguet C; Axler-Blin C; Vezinet-Brun F; Rouzioux C; Rozenbaum W; Montagnier L. Isolation of a T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). *Science*. 1983 May 20;220(4599):868-71. PMID: 6189183 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Bastos F.I.; 2001. Afeminização da epidemia da Aids no Brasil: Determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Coleção ABIA - SAúde Sexual e Reprodutiva nº 3.

Battegay M; Nuesch R; Hirschel B; Kaufmann GR. Immunological recovery and antiretroviral therapy in HIV-1 infection. *Lancet Infect Dis.* 2006 May;6(5):280-7. Review. PMID: 16631548 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Berrang Ford L. Civil conflict and sleeping sickness in Africa in general and Uganda in particular. *Confl Health.* 2007 Mar 29;1:6. PMID: 17411421 [PubMed - in process]

Bond V; Dover P. Men, women and the trouble with condoms: problems associated with condom use by migrant workers in rural Zambia. *Health Transit Rev.* 1997;7 Suppl:377-91.

Buvé A.; Caraël M.; Hayes R. J.; Auvert B.; Ferry B.; Robinson N. J.; Anagonou S.; Kanhonou L.; Laourou M.; Abega S.; Akam E.; Zekeng L.; Chege J.; Kahindo M.; Rutenberg N.; Kaona F.; Musonda R.; Sukwa T.; Morison L.; H. Weiss A.; Laga M.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities The multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities: summary and conclusions. *AIDS.* 15 Supplement 4:S127-S131, August 2001.

Buvé A.; Lagarde E.; Caraël M.; Rutenberg N.; Ferry B.; Glynn J. R.; Laourou M.; Akam E.; Chege J.; Sukwa T.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Interpreting sexual behaviour data: validity issues in the multicentre study on factors determining the differential spread of HIV in four African cities. *AIDS.* 15 Supplement 4:S117-S126, August 2001.

Buvé A.; Caraël M.; Hayes R. J.; Auvert B.; Ferry B.; Robinson N. J. R.; Anagonou S.; Kanhonou L.; Laourou M.; Abega S.; Akam E.; Zekeng L.; Chege J.; Kahindo M.; Rutenberg N.; Kaona F.; Musonda R.; Sukwa T.; Morison L.; Weiss H. A.; Laga M.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: methods and prevalence of HIV infection. *AIDS.* 15 Supplement 4:S5-S14, August 2001.

Buvé A.; Weiss H. A.; Laga Van Dyck M.; Musonda E.; R.; Zekeng L.; Kahindo M.; Anagonou S.; Morison L.; Robinson N. J.; Hayes R. J.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities The epidemiology of trichomoniasis in women in four African cities. *AIDS.* 15 Supplement 4:S89-S96, August 2001.

Buvé A.; Weiss H. A.; Laga M.; Van Dyck E.; Musonda R.; Zekeng L.; Kahindo M.; Anagonou S.; Morison L.; Robinson N. J.; Hayes R. J.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities The epidemiology of gonorrhoea, chlamydial infection and syphilis in four African cities. *AIDS*. 15 Supplement 4:S79-S88, August 2001.

Caraël M.; Holmes K. K.; Dynamics of HIV epidemics in sub-Saharan Africa: introduction. *AIDS*. 15 Supplement 4:S1-S4, August 2001.

Casimiro S, Coleman M, Hemingway J, Sharp B. Insecticide resistance in *Anopheles arabiensis* and *Anopheles gambiae* from Mozambique. *J Med Entomol*. 2006 Mar;43(2):276-82.

CNCS – 2004 – Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (PEN II, 2005-2009). CNCS-SE, Maputo.

Duituturaga E. New Caledonia: fatal intimacy: gender dynamics of STD and HIV / AIDS. *Pac AIDS Alert Bull*. 2000;(19):14-5. PMID: 12295869 [PubMed - indexed for MEDLINE]

DVLO D. Wastage in the health workforce: some perspectives from African countries. *Hum Resour Health*. 2005 Aug 10;3:6.

Eames M, Ben-Shlomo Y, Marmot MG. Social deprivation and premature mortality: regional comparison across England. *BMJ*. 1993 Oct 30;307(6912):1097-102. PMID: 8251806 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Ferry B.; Caraël M.; Buvé A.; Auvert B.; Laourou M.; Kanhonou L.; de Loenzien M.; Akam E.; Chege J.; Kaona F.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Comparison of key parameters of sexual behaviour in four African urban populations with different levels of HIV infection. *AIDS*. 15 Supplement 4:S41-S50, August 2001.

Figueiredo, W., Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária *Ciência e Saúde Coletiva*, janeiro/março 2005, ano/vol. 10, no. 001, p. 105-109 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, Brasil

Fernandes A. , Vaz R.G, Noya A. A Situação do SIDA em Moçambique. Maputo. MISAU, 1992.

Fonseca, Maria Goretti, Bastos, Francisco Inácio, Derrico, Monica et al. AIDS and level of education in Brazil: temporal evolution from 1986 to 1996. Cad. Saúde Pública, 2000, vol.16 supl.1, p.S77-S87. ISSN 0102-311X.

FRY, Peter. Apresentação. In: _____. (Org.). Moçambique: ensaios. Rio de Janeiro: UFRJ, 2001, p. 13-20.

Garnett GP, Anderson RM. Factors controlling the spread of HIV in heterosexual communities in developing countries: patterns of mixing between different age and sexual activity classes. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 1993 Oct 29;342(1300):137-59.

Geen E.C., Jurg A., and Dgedge A. Sexually-Transmitted Diseases, AIDS and Traditional Healers in Mozambique. Medical Anthropology, vol. 15, pp. 261-281.

Girdler-brown B. Eastern and Southern Africa. Int Migr. 1998;36(4):513-51. PMID: 12295095 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Glynn J. R.; Caraël M.; Auvert B.; Kahindo M.; Chege J.; Musonda R.; Kaona F.; Buvé A.; the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Why do young women have a much higher prevalence of HIV than young men? A study in Kisumu, Kenya and Ndola, Zambia. AIDS. 15 Supplement 4:S51-S60, August 2001.

Gregson S, Nyamukapa CA, Garnett GP, Mason PR, Zhuwau T, Carael M, Chandiwana SK, Anderson RM. Sexual mixing patterns and sex-differentials in teenage exposure to HIV infection in rural Zimbabwe.Lancet. 2002 Jun 1;359(9321):1896-903.

Hankins CA, Friedman SR, Zafar T, Strathdee SA. Transmission and prevention of HIV and sexually transmitted infections in war settings: implications for current and future armed conflicts. AIDS. 2002 Nov 22;16(17):2245-52

Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJ. The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings. *Int J STD AIDS*. 2004 Jan;15(1):7-16. PMID: 14769164 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Hunt C.W. Migrant labor and sexually transmitted disease: AIDS in Africa. *J Health Soc Behav*. 1989 Dec;30(4):353-73. Review.

Ilinigumugabo A. [The economic consequences of AIDS in Africa] *Afr J Fertil Sexual Reprod Heal*. 1996 Dec;1(2):153-61. French. PMID: 12321198 [PubMed - indexed for MEDLINE]

INE; MISAU; MPF – 2000 – Impacto do HIV/SIDA em Moçambique (atualização, ano 2000)

Instituto Nacional de Estatística – 2003 –: Inquérito Demográfico e de Saúde, Maputo. Moçambique.

Jackson, H. Sida em África: Continente em Crise. Harare, SAFAIDS e SAT, 2004

Jochelson K, Mothibeli M, Leger J.P. Human immunodeficiency virus and migrant labor in South Africa. *Int J Health Serv*. 1991;21(1):157-73.

Kagu M.B, Nggada H.A, Garandawa H.I, Askira B.H, Durosinmi M.A. AIDS-associated Kaposi's sarcoma in Northeastern Nigeria. *Singapore Med J*. 2006 Dec;47(12):1069-74.

Kane A, Lloyd J, Zaffran M, Simonsen L, Kane M. Transmission of hepatitis B, hepatitis C and human immunodeficiency viruses through unsafe injections in the developing world: model-based regional estimates. *Bull World Health Organ*. 1999;77(10):801-7. PMID: 10593027 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Kaida A, Andia I, Maier M, Strathdee SA, Bangsberg DR, Spiegel J, Bastos FI, Gray G, Hogg R. The potential impact of antiretroviral therapy on fertility in sub-Saharan Africa. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2006 Nov;3(4):187-94.

Keele BF, et al. Chimpanzee Reservoirs of Pandemic and Nonpandemic HIV-1. *Science*. 2006 May 25;

Kermode M. Unsafe injections in low-income country health settings: need for injection safety promotion to prevent the spread of blood-borne viruses. *Health Promot Int*. 2004 Mar;19(1):95-103. PMID: 14976177 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Lagarde E.; Auvert B.; Chege J.; Sukwa T.; Glynn J. R.; Weiss H. A.; Akam E.; Laourou M.; Caraël M.; Buvé A.; the Study Group on the Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Condom use and its association with HIV/sexually transmitted diseases in four urban communities of sub-Saharan Africa. *AIDS*. 15 Supplement 4:S71-S78, August 2001.

Maduna-butshé AC. Women sex workers and the HIV pandemic: stigma and blame in context. *SAfAIDS News*. 1997 Mar;5(1):8-11.

PMID: 12222371 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Manuel S. Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique. *Cult Health Sex*. 2005 May;7(3):293-302. PMID: 16864204 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Mathunjwa TR, Gary FA. Women and HIV/AIDS in the kingdom of Swaziland: culture and risks. *J Natl Black Nurses Assoc*. 2006 Dec;17(2):39-46.

PMID: 17410758 [PubMed - in process]

Mayor A.G, Gomez-Olive X, Aponte J.J, Casimiro S, Mabunda S, Dgedge M, Barreto A, Alonso P.L. Prevalence of the K76T mutation in the putative Plasmodium falciparum chloroquine resistance transporter (pfcrt) gene and its relation to chloroquine resistance in Mozambique. *J Infect Dis*. 2001 May 1;183(9):1413-6.

Miller C.M, Gruskin S, Subramanian S.V, Rajaraman D, Heymann S.J. Orphan care in Botswana's working households: growing responsibilities in the absence of adequate support. *Am J Public Health*. 2006 Aug;96(8):1429-35. Epub 2006 Jun 29.

Ministério da Saúde (2001). Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) - 2001-2005-(2010). Moçambique

Ministry of Health/Ministry of Planning and Finance (2002), Health Sector Expenditure Review . Mozambique

Ministério da Saúde/ILO/AIDS – 2004 – Moçambique: Impacto do HIV em Recursos Humanos. Moçambique

Ministério da Saúde/PSI – 1998 – Inquérito Nacional Sobre a Prevenção do SIDA. Moçambique

Ministério da Saúde/PSI – 1998 – Moçambique: Comunicação e Marketing Para Prevenção do SIDA II. Moçambique

Ministério da Saúde/DPC (2002), PES 2003 - Proposta do Plano Económico e Social e do Orçamento de 2003. Moçambique

Ministério de Saúde/UNAIDS – 1997 – SIDA em Moçambique, Maputo.

Ministério de Saúde- 2005 – Programa Nacional de Controle das ITS/HIV/SIDA: Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiológica do HIV - Ronda 2004, Maputo. Moçambique

Ministério de Saúde - 2002 - MISAU/DNS XXVII Conselho Nacional Coordenador de Saúde, Pemba, Pemba. Diploma Ministerial nº 183-A/2002, de 18 de dezembro. Moçambique

Ministério de Saúde– 2000 – Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA (2000 – 2002): Integração, Qualidade e Abrangência. Maputo.

Ministério de Saúde– 2004 – Programa Nacional de Controle das ITS/HIV/SIDA: Impacto Demográfico da Epidemia do HIV/SIDA nos Recursos Humanos do Sistema Nacional da Saúde em Moçambique, Maputo. Moçambique.

Ministério de Saúde – 1988 – Programa Nacional de Combate ao SIDA, Maputo

Ministério de Saúde – 1988 – A cooperação Multissetorial na execução do Plano Nacional de combate ao SIDA na República Popular de Moçambique, Maputo.

Ministério de Saúde – 1989 – Knowledge, Attitudes and Practices about AIDS: a district of Rural Mozambique, Maputo

Ministério de Saúde – 1999 – Relatório final - Apoio a luta contra a SIDA e as DST em Moçambique:Projeto SIDA 1995-1999, Maputo.

Mola OD, Mercer MA, Asghar RJ, Gimbel-Sherr KH, Gimbel-Sherr S, Micek MA, Gloyd SS. Condom use after voluntary counselling and testing in central Mozambique. *Trop Med Int Health*. 2006 Feb;11(2):176-81. PMID: 16451341 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Monteiro A., Repensar o desenvolvimento Africano: para além do impasse, as alternativas [Até que ponto os imperativos culturais, tradições e costumes têm impacto na propagação do HIV/SIDA1?] Disponível em: http://www.codesria.org/Links/conferences/general_assembly11/papers/ana_monteiro.pdf acesso 23/04/07

Morison L.; Weiss H. A.; Buvé A.; Caraël M.; Abega S. C.; F. Kaona; Kanhonou L.; Chege J.; Hayes R. J.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities Commercial sex and the spread of HIV in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 15 Supplement 4:S61-S69, August 2001.

Morison L.; Buvé A.; Zekeng L.; Heyndrickx L.; Anagonou S.; Musonda R.; Kahindo M.; Weiss H. A.; Hayes R. J.; Laga M.; Janssens W.; van der Groen G.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities HIV-1 subtypes and the HIV epidemics in four cities in sub-Saharan Africa. *AIDS*. 15 Supplement 4:S109-S116, August 2001.

MOZAMBIQUE RED CROSS – 1992 – HIV/AIDS: What can be done? Report from the Mozambique Red Cross Educational Programme. Sweden

Munoz Sanchez, A.I; Bertolozzi, M.R. Can the vulnerability concept support the construction of knowledge in collective health care?. *Ciênc. saúde coletiva.*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232007000200007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09/05/2007. Pré-publicação.

Murphy EM, Greene ME, Mihailovic A, Olupot-Olupot P. Was the "ABC" approach (abstinence, being faithful, using condoms) responsible for Uganda's decline in HIV? *PLoS Med.* 2006 Sep;3(9):e379.

Mustard CA, Derksen S, Berthelot JM, Wolfson M, Roos LL. Age-specific education and income gradients in morbidity and mortality in a Canadian province. *Soc Sci Med.* 1997 Aug;45(3):383-97. PMID: 9232733 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Nyindo M. Complementary factors contributing to the rapid spread of HIV-I in sub-Saharan Africa: a review. *East Afr Med J.* 2005 Jan;82(1):40-6.

Owen M. The bottom line: Mozambique. *Plan Parent Chall.* 1997;(1-2):45-7. PMID: 12293465 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Ogunbodede EO. HIV/AIDS situation in Africa. *Int Dent J.* 2004 Dec;54(6 Suppl 1):352-60. PMID: 15631096 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Paiva V., Latorre M.R., Gravato N., Lacerda R., et al. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cad. Saúde Pública*, nov./dez. 2002, vol.18, no.6, p.1609-1619. ISSN 0102-311X.

Panos e SWAA – 2001 – Os Homens e o HIV em Moçambique. Maputo.

Pavignani E, Durao JR. Managing external resources in Mozambique: building new aid relationships on shifting sands? *Health Policy Plan.* 1999 Sep;14(3):243-53. PMID: 10621241 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Pfeiffer J. International NGOs and primary health care in Mozambique: the need for a new model of collaboration. Soc Sci Med. 2003 Feb;56(4):725-38. PMID: 12560007 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Place JL. AIDS in Southern Africa: a major factor in planning for the region. Prog Rep Health Dev South Afr. 1990 Fall-Winter;;1-4. PMID: 12284198 [PubMed - indexed for MEDLINE]

PNUD – 1997; Relatório do Desenvolvimento Humano 1997, <http://www.undp.org.br/HDR/Hdr97/rdh7-4.html> acesso: 02/09/2006

Population Reference Bureau – 2003 – World Population Data Sheet, Washington

Rajaraman D, Russell S, Heymann J. HIV/AIDS, income loss and economic survival in Botswana. AIDS Care. 2006 Oct;18(7):656-62.

Rarabici V. Pacific women and AIDS: dilemmas, options, choices and vulnerability. Pac AIDS Alert Bull. 1999;(18):3-4.
PMID: 12349392 [PubMed - indexed for MEDLINE]

República de Moçambique – 2004 – Instituto Nacional de Estatística: Censo Populacional de 1997, Maputo.

República de Moçambique – 2001 – Boletim da República. Nº 50, Série I, 18 de dezembro de 2001.

República de Moçambique – 2005 – Boletim Mensal das Redes Integradas: HIV/SIDA em Moçambique, Maputo.

República de Moçambique – 1995 - Boletim da República, 1995. Resolução nº 4.95: Política do Sector Saúde. I série - no. 27, p: 121-(2)-122-(3).

República de Moçambique – 2000 - Programa do Governo (2000-2004).

República de Moçambique – 2001 - Plano de Acção para Redução da Pobreza Absoluta, 2001-2005.

República de Moçambique 2002-2003, www.mesct.gov.mz/docs/downloads/indc.tpdf-
acesso:29/10/2005

República de Moçambique (2005) - Plano económico e Social Para 2005 disponível em [http://www.dnpo.gov.mz/sis_info/p_global/pes/2005/PES%202005_DOCUMENTO%20PRIORITY%20NCIPAL\(11%20Marco%202005\).doc](http://www.dnpo.gov.mz/sis_info/p_global/pes/2005/PES%202005_DOCUMENTO%20PRIORITY%20NCIPAL(11%20Marco%202005).doc). acesso 12/04/2007.

Rubbert A.; Behrens G. and Ostrowski M. Apresentação. In:_____.(Org.). HIV Medicine. Paris: by Flying Publisher, 2006, p.61-86. disponível no <http://www.hivmedicine.com/hivmedicine2006.pdf> acesso 29/05/2007

Saldanha A. A. W.; Figueiredo M. A. de C., A Vulnerabilidade Feminina à Infecção pelo HIV: Uma proposta de Intervenção. 4º Congresso - Comunicação - Tema: Epidemiologia, Prevenção e Saúde Pública (Epidemiology, Prevention and Public Health) - 2003. disponível em: http://www.aidscongress.net/article.php?id_comunicacao=194 acesso 18/04/2007.

Silveira, M.F et al . Autopercepção de vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis e Aids em mulheres. Rev. Saúde Pública., São Paulo, v. 36, n. 6, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000700003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09/05/2007. Pré-publicação.

Simonsen L; Kane A; Lloyd J; Zaffran M; Kane M. Unsafe injections in the developing world and transmission of bloodborne pathogens: a review. Bull World Health Organ. 1999;77(10):789-800. Review. PMID: 10593026 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Singh G. Paradoxical Payoffs: Migrant Women, Informal Sector Work, and HIV/AIDS in South Africa. New Solut. 2007;17(1):71-82.
PMID: 17434860 [PubMed - in process]

Sloggett A, Joshi H. Deprivation indicators as predictors of life events 1981-1992 based on the UK ONS Longitudinal Study. *J Epidemiol Community Health*. 1998 Apr;52(4):228-33. PMID: 9616408 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Slutkin G, Okware S, Naamara W, Sutherland D, Flanagan D, Carael M, Blas E, Delay P, Tarantola D. How Uganda reversed its HIV epidemic. *AIDS Behav*. 2006 Jul;10(4):351-60.

Songwathana P. Women and AIDS caregiving: women's work? *Health Care Women Int*. 2001 Apr-May;22(3):263-79. PMID: 11814072 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Sunmola AM, Sexual practices, barriers to condom use and its consistent use among long distance truck drivers in Nigeria. *AIDS Care*. 2005 Feb;17(2):208-21

Thomson MM & Najera R. Molecular epidemiology of HIV-1 variants in the global AIDS pandemic: an update. *AIDS Rev*. 2005 Oct-Dec;7(4):210-24.

Weiss H. A.; Buvé A.; Robinson N. J.; Van Dyck E.; Kahindo M.; Anagonou S.; Musonda R.; Zekeng L.; Morison L.; Caraël M.; Laga M.; Hayes R. J.; for the Study Group on Heterogeneity of HIV Epidemics in African Cities The epidemiology of HSV-2 infection and its association with HIV infection in four urban African populations. *AIDS*. 15 Supplement 4:S97-S108, August 2001.

WTE - 2006; Mulheres refugiadas, meninas na África Subsaariana estão entre os mais atingidos pela crise da AIDS/HIV, disponível no <http://www.workingoempower.org/v2/images/Articles2/refugee%20women%20-%20portuguese.pdf>. acesso: 26/03/2007.

UNAIDS - 2006, AIDS epidemic update: Situación dela epidemia de SIDA

UNAIDS – 2003, Alguns serviços do HIV/SIDA existentes em Moçambique: Informação para os Funcionários das Nações Unidas, suas Famílias e Amigos. Disponível no http://www.unsystemmoz.org/untg/hiv/Healthservices0403National_%20PORT.pdf acesso 09/09/2005

UNFPA – 2005; Population, health & sócio economic indicators/policy Developments, disponível em <http://www.unfpa.org/profile/mozambique.cfm?section=1> acesso: 06/04/2007

UNICEF - 2003, Africa's Orphaned Generations, UNICEF, disponível em <http://www.unicef.org/media/files/orphans.pdf> acesso: 11/11/2006

Valongueiro S e Campineiro D. Demand for health care in Brazil: a preliminary analysis by regions. Brasil: ABEP, 2002. disponível em: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_SAU_ST20_Valongueiro_texto.pdf acesso 06/05/2007

Vio F. Management of expatriate medical assistance in Mozambique. Hum Resour Health. 2006 Dec 2;4:26. PMID: 17140454 [PubMed - in process]

[No authors listed] Risk analysis. HIV / AIDS country profile: Mozambique. AIDS Anal Afr. 1996 Dec;6(6):8-11. PMID: 12320532 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[No authors listed] AIDS, population growth shape sub-Saharan Africa's future. Popul Today. 1998 Jan;26(1):1-2. PMID: 12348208 [PubMed - indexed for MEDLINE]

[No authors listed] [AIDS: the economy a victim of the epidemic] Jeune Afr. 1989 Dec 11;(1510):68. French. PMID: 12282835 [PubMed - indexed for MEDLINE]

ANEXOS

**FORMULARIO DE ENTRADA DE REGISTO PARA CLIENTE
PARA GATV - MOZAMBIQUE**

PAÍS MZ ORGANIZAÇÃO _____ NOME DO GATV _____
 REGIÃO _____ PROVÍNCIA _____ DISTRITO _____ CÓDIGO DO CLIENTE _____

 CÓDIGO DO CASAL _____ CÓDIGO DE PARCEIRO _____
 CÓDIGO DO CONSELHEIRO: _____ DATA VISITA: _____ / _____ / _____

Tipo de local: 1= Fora da Unidade de Saúde 2= Unidade de Saúde 3= Unidade Móvel
 99= Outro
 Localização do GATV: 1=Urbana 2=Rural 99=Outro - Visita de retorno: 0=NÃO 1= SIM

<p>1. Sexo: 1 = MASCULINO 2 = FEMININO</p> <p>1A. Se feminino, esta grávida? 0 = NÃO 1 = SIM 97 = NS 98 = NA</p> <p>2. Idade:</p> <p>3. Esteve numa consulta em grupo: 0 = NAO 1 = SIM</p> <p>4. Tipo de Atendimento: 1= INDIVIDUAL 2 = CASAL 3 = FAMÍLIA 99 = OUTRO</p> <p>5. Pagou: 0 = NAO 1 = SIM</p> <p>6. Distrito em que reside (escrever o número) _____</p> <p>7. Residência do utente: (escrever o nome) CIDADE _____ VILA _____ RURAL : 0= NAO 1 = SIM</p> <p>8. Situação Conjugal: 1 = CASADO 4 = DIVORCIADO 2 = SOLTEIRO 5 = VIÚVO 3 = SEPARADO 6 = UNIÃO DE FACTO 99 = OUTRA</p> <p>9. Religião: 1= CATÓLICA 5= TEST. DE JEOVÁ 2= PROTESTANTE 6= SEITAS RELIG. 3= MUCULMANA 7= NÃO TEM 4= IGREJA UNIVERSAL 99= OUTRA</p> <p>14. Informado por: (Marcar com um círculo todas as respostas possíveis) 1= RADIO</p>	<p>10. Nível de Escolaridade: 1= NAO TEM 4= PRÉ-UNIVERSIT. 2= PRIMÁRIA 5= TÉCNICO 3= SECUNDÁRIA 6= UNIVERSIT. 99= OUTRA</p> <p>11. Está a estudar numa escola no presente momento: 0= NÃO 1= SIM 98 = NA</p> <p>12. Ocupação: 1 = ESTUDANTE 2 = TR. SEXO 3 = MILITAR/POLÍCIA 4 = MOTORISTA 5 = TR. MIGRANTE 6 = VENDEDOR 7 = PROFESSOR 8 = DOMESTICA 9 = MINEIRO 10 = EMPREGADO / DOMESTICO 11 = CAMPONÊS 12 = BUROCRATA 13 = TR. SAÚDE 14 = SEGURANÇA / GUARDA 98 = NA 99 = OUTRA</p> <p>13. Esta empregado no presente momento: 0 = NÃO 1 = SIM 98 = NA</p> <p>20. Tratamento do TB nos últimos 12 meses: 0 = NAO 1 = SIM 97=NS 98= NA</p>
---	---

<p>2= TV 3= PANFLETO / ACTIV 4= PARCEIRO 5= COMUNIDADE 6= VIZINHANÇA 7= ESCOLA OU IGREJA 8= NO TRABALHO 9= BANCO DE SANGUE 10= FAMILIA 11= OUTROS UTENTES 12= TR SAUDE 13= GRUPOS DE TEATRO/DANÇA/ MUSIC 14= AMIGO / COLEGA 99= OUTROS</p> <p>15. Razão principal da visita: 1= REFERIDO POR UM PROF. DA SAÚDE 2= UTENTE PENSA QUE TEM COMPORTAMENTO DE RISCO 3= PARCEIRO DE ALTO RISCO 4= DESCONFIANÇA DO PARCEIRO 5= UTENTE SENTE-SE DOENTE 6= PARCEIRO ESTA DOENTE 7= PARCEIRO HIV+ 8= PROG. TRANS. VERTICAL 9= PLANEAMENTO FAMILIAR 10= CRIANÇA DOENTE 11= CASAMENTO 12= MAIS ACONSELHAMENTO 13= VIOLENCIA SEXUAL 99= OUTRAS</p> <p>16. Quando está doente costuma ir ao curandeiro: 1= SEMPRE 2= ÀS VEZES 3= NUNCA</p> <p>17. Já foi vacinado no curandeiro: 0= NÃO 1= SIM</p> <p>17 A Já fez escarificação ou tatuagem 0= NÃO 1= SIM</p> <p>18. Anteriormente já fez teste de HIV ?: 0= NÃO 1= SIM, HIV - 2= SIM, HIV + 3= SIM, INDETERMINADO 4= SIM, NÃO APANHOU OS RESULTADOS 97= NÃO SE LEMBRA 98= NA</p> <p>19. Porque repete: 1= NÃO ACREDITA 2= ESTAVA NO PERÍODO DE JANELA 3= ACHA QUE O RESULTADO MUDOU 98 = NA 99= OUTRO</p>	<p>21. Já teve alguma vez relação sexual com penetração? 0= NAO 1=SIM 98= N/A</p> <p>22. O seu parceiro sexual mais recente fez teste de HIV nos últimos 3 meses? 0= NAO 3= SIM, NAO SEI O RESULT. 1= SIM, HIV - 97= NS 2= SIM, HIV + 98= N/A</p> <p>23. Teve DST nos últimos 12 meses: 0= NÃO 1= SIM 97= NS 98 = NA</p> <p>24. Quantos parceiros sexuais você teve nos últimos 12 meses?</p> <p>25. Usou preservativo na ultima relação: 1= SIM PARC. REG. 4= NÃO PARC. OCASI 2= NÃO PARC. REG. 97= NS 3= SIM PARC. OCAS. 98= NA</p> <p>26. Com que frequência você usou o preservativo nos últimos 3 meses? 1=NUNCA 3=AS VEZES 2=SEMPRE 98= NA</p> <p>27. O utente fez o teste de HIV hoje? 0= NAO 1= SIM 27a. O utente recebeu os resultados de teste? 0= NAO 1= SIM</p> <p>28. Resultado do teste feito agora: 0= HIV - 2= INDETERMINADO 1= HIV + 98 = NA</p> <p>29. O resultado do casal e discordante?: 0=NÃO 1=SIM 98=NA</p> <p>30. Qual plano de redução do risco discutido entre o utente e conselheiro? 0=NENHUM 4= ABSTINENC 1= PRESERVATIVOS 5= TRAT. DTS 2= FIDELIDADE 3= DIMIN. DE PARC. 99= OUTRO</p> <p>31. O utente levou camisinha hoje?: 0=NAO 1=SIM 98=NA</p> <p>32. Para onde foi referido: 0= NAO FOI REFERIDO 5= CONS. DTS 1= HOSPITAL DE DIA 6= CONS. TB 2= ASSOC. DE PES. HIV + 7=UNID. SAUDE 3= CONS. PRE-NATAL 98= NA 4= CONS. PLA. FAMILIAR 99= OUTRO</p>
---	--