



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
PNC ITS/HIV/SIDA

**DIRECTRIZ PARA
INTEGRAÇÃO DOS
SERVIÇOS DE PREVENÇÃO,
CUIDADOS E TRATAMENTO
DO HIV E SIDA PARA A
POPULAÇÃO CHAVE NO
SECTOR DA SAÚDE**



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
PNC ITS/HIV/SIDA

**DIRECTRIZ PARA
INTEGRAÇÃO DOS SERVIÇOS DE
PREVENÇÃO, CUIDADOS E TRATAMENTO
DO HIV E SIDA PARA A POPULAÇÃO CHAVE
NO SECTOR DA SAÚDE**

Ministério da Saúde (MISAU), Direcção Nacional de Assistência Médica (DNAM), PNC ITS-HIV/SIDA, Directriz para Integração dos Serviços de Prevenção, Cuidados e Tratamento do HIV/SIDA para a População-chave no Sector da Saúde, 2016.

Ministério da Saúde

Dr. Ussene Hilário Isse
Dr.^a Elenia Macamo
Dr.^a Aleny Couto
Dr.^a Vânia Macome
Dr.^a Florbela Bata
Dr.^a Noela Chicuecue
Dr. Armando Bucuane
Dr.^a Hélia Catine
Dr.^a Edna Paunde
Dr. Joseph Lara
Dr. José Tique
Dr.^a Guita Amame
Dr.^a Raquel Cossa
Dr.^a Carmen Suaze

Ministério da Justiça

Dr.^a Cremilde Anli
Dr.^a Maria Cacilda Manuel
Dr. Terêncio Sanches

Parceiros

Pathfinder: Carlos Laudari,
Riaz Mobaracaly, Arminda
Zandamela, Marcos Benedetti
CDC: Paula Simbine
USAID: Shadit Murargy
MSF: Cídia Hussein

Colaboradores

CNCS: Cecília Martine
TIYANE VAVASATE: Laila Matsinhe
e Esperança Tembe
LAMBDA: Roberto Paulo
e Fauzia Mangore
UNIDOS: Manuel Condula
UNODC: Elias Conote
ONUSIDA: Marta Bazima
ICRH: Sally Griffin

Layout

Danilo da Silva

Índice

I.ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	5
II.INTRODUÇÃO	7
Contextualização	7
III.SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV	9
“Conheça a sua Epidemia - Saiba a sua Resposta”	9
IV.VISÃO	14
V.OBJECTIVOS	14
VI.ORIENTAÇÕES SOBRE SERVIÇOS A OFERECER ÀS POPULAÇÕES-CHAVE	14
Definição de populações-chave	14
Áreas de intervenção	15
Definição de pacote de serviços para as populações-chave	18
Modelo de implementação	22
População prisional	23
VII.VIGILÂNCIA E MONITORIA	23
Vigilância Epidemiológica	23
Monitoria Rotineira	24
VIII.PESQUISA	25
IX.TERMOS DE REFERÊNCIA PARA A INICIATIVA PILOTO DO ACESSO UNIVERSAL AO TARV PARA MTS E HSH	25
X.REFERÊNCIAS	27
XI.ANEXOS	30

Agradecimentos

Agradecemos a todos que, directa ou indirectamente, apoiaram a elaboração deste documento que contribuirá para orientar todos os interessados na provisão de serviços de saúde às populações-chave em Moçambique, no âmbito da resposta à epidemia do HIV.

I. ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
DNAM	Direcção Nacional de Assistência Médica
DPS	Direcção Provincial de Saúde
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
HSB	Homens que Fazem Sexo com Homens
IBBS	Inquéritos Integrados Bio-comportamentais
INSIDA	Inquérito Nacional de HIV/SIDA
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
MTS	Mulher Trabalhadora de Sexo
M&A	Monitoria e Avaliação
OBC	Organizações de Base Comunitária
PEN IV	Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV 2015-2019
PF	Planeamento Familiar
PID	Pessoas que Injectam Drogas
PPE	Profilaxia Pós-exposição
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
SDMAS	Serviços Distritais da Mulher e Acção Social
SERNAP	Serviço Nacional Penitenciário
SESP	Sistema Electrónico de Seguimento dos Pacientes
SMI	Saúde Materno-infantil
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
US	Unidade Sanitária
VBG	Violência Baseada no Género

Prefácio

A epidemia do HIV constitui uma das maiores ameaças ao Povo Moçambicano. Cerca de um milhão e meio de moçambicanos vivem com HIV, o que constitui uma prevalência de 11,5% da população.

Os Inquéritos Integrados Bio-comportamentais (*IBBS*) sobre a prevalência do HIV e comportamentos de risco, realizados no país junto das populações-chave, demonstram que as taxas de prevalência do HIV tendem a ser mais elevadas no seio destes grupos quando comparadas às taxas estimadas para toda a população.

Adicionalmente, o estudo sobre os modos de transmissão em Moçambique estima que 28.7% das novas infecções pelo HIV sejam atribuídas às práticas e aos riscos associados às populações-chave do país, e que 30% das novas infecções por HIV acontecem entre mulheres trabalhadoras de sexo (*MTS*), seus clientes e parceiros.

Diante deste cenário, o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV recomenda actividades e abordagens específicas para as populações-chave ao nível das unidades sanitárias (*US*), de forma a contornar a tendência da epidemia e reduzir o número de novas infecções nestes grupos, mas também na população em geral.

As populações-chave enfrentam sérias barreiras no acesso aos serviços de saúde, devido ao estigma e discriminação a que estão sujeitas, sendo também de difícil identificação, seguimento e retenção nos serviços de saúde.

Neste contexto, o Ministério da Saúde elaborou a presente directriz para melhorar a intervenção do sector da saúde e orientar os provedores de saúde para que possam responder de forma mais eficaz às necessidades específicas destas populações.

Este documento orienta a integração dos serviços de prevenção, cuidados e tratamento de HIV para as populações-chave no sector da saúde, de modo a garantir maior acesso destes grupos populacionais aos cuidados de saúde, ao diagnóstico precoce e ao início atempado do tratamento. Espera-se assim interromper a cadeia de transmissão do HIV e a perda de vidas.

Ministra da Saúde

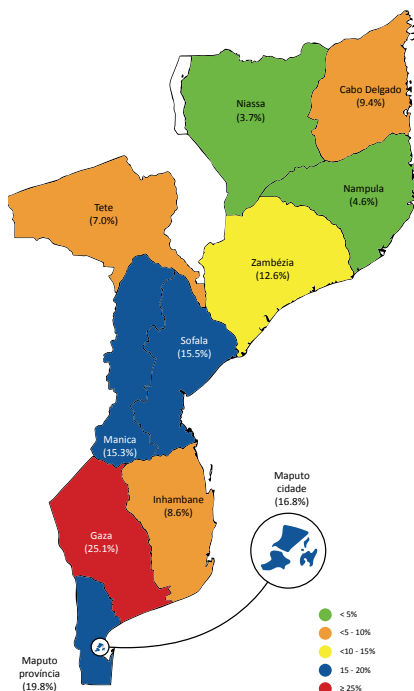


Dr.ª Nazira KarimoVali Abdula

II. INTRODUÇÃO

II.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV 2015-2019 (*PEN IV*), em Moçambique, define a epidemia do HIV como generalizada e predominantemente baseada na transmissão heterossexual¹. O Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (*INSIDA*), revela uma prevalência de HIV de 11.5% entre a população adulta de 15 a 49 anos de idade². Segundo o *INSIDA*, a epidemia caracteriza-se por assumir um carácter heterogéneo no que diz respeito a aspectos geográficos, sócio-demográficos e sócio-económicos, apresentando taxas de prevalência mais altas entre as mulheres, entre os residentes urbanos e nas regiões centro e sul do país. O *PEN IV* também ressalta que os principais factores comportamentais, programáticos e sociais que desencadeiam a epidemia incluem: parceiros sexuais múltiplos e concomitantes, baixos níveis de utilização do preservativo, alta mobilidade e migração de certas populações, prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes, relações sexuais transaccionais, desigualdade de género e violência sexual, e níveis baixos de circuncisão masculina.



INSIDA 2009

Neste contexto, em que a epidemia do HIV se encontra generalizada em Moçambique, é importante ressaltar que o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (*CNCS*), no seu Relatório Global de Progresso da Resposta ao HIV e SIDA de 2013, reconhece haver segmentos específicos da população que se encontram em maior vulnerabilidade e risco de exposição ao HIV, seja por factores socio-económicos, culturais ou comportamentais. No entanto, informações sobre a prevalência do HIV no seio das populações-chave, assim como um conhecimento aprofundado sobre os níveis da sua vulnerabilidade social, programática e individual, começaram apenas recentemente a ser investigados e analisados³.

1 República de Moçambique, Conselho Nacional de Ministros. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA 2015 – 2019.

2 Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.

3 INS, CDC, UCSF, PSI, Pathfinder International, I-TECH e LAMBDA (2013). Relatório Final: Inquérito Integrado, Bio-comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique 2011. São Francisco: UCSF.

Tendo como base um conjunto de evidências sobre a magnitude da epidemia do HIV entre algumas populações-chave, o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA (2013 – 2015 *estendido para 2017*), reconhece os avanços alcançados na década passada, e indica a necessidade de se fortalecerem e acelerarem as acções de prevenção, cuidados, tratamento e apoio, de forma a consolidar as respostas em curso e propor uma viragem para as tendências da epidemia no país. O plano tem como objectivos aumentar o número de adultos e crianças a viver com HIV que recebe o tratamento anti-retroviral, reduzir o número de novas infecções e diminuir a taxa de transmissão do HIV de mãe para o filho, rumo a uma geração livre do SIDA. Neste sentido, aponta ainda que as diferenças nas tendências de prevalência do HIV em cada região do país, estão relacionadas com os seguintes factores: níveis variáveis de maturidade da epidemia, taxas de circuncisão masculina e configuração diferenciada da rede de parceiros sexuais, incluindo-se as dinâmicas e integração com as redes das populações-chave.

INS, CDC, UCSF, Pathfinder International e I-TECH (2013). Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique 2011–2012. São Francisco: UCSF.

MISAU, INS, CDC, UCSF, MITRAB & I-TECH (2013). Final Report: The Integrated Biological and Behavioral Survey among Mozambican Workers in South African Mines, 2012. Maputo: MISAU.

MISAU, INS, CDC, UCSF, DPS Manica, CIDI, Pathfinder International & I-TECH. 2013. Final Report: The Mozambique Integrated Biological and Behavioral Survey among Long Distance Truck Drivers, 2012. Maputo, Mozambique.

III.SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO HIV

III.1.“CONHEÇA A SUA EPIDEMIA - SAIBA A SUA RESPOSTA”

O conceito “*Conheça a sua Epidemia - Saiba a sua Resposta*” tem sido amplamente promovido pela comunidade internacional com o objectivo de que os países conduzam análises epidemiológicas sistemáticas para melhor conhecer a distribuição das novas infecções pelo HIV e seus factores determinantes. Deste modo, poderão usar tais evidências no desenho de respostas efectivas, incluindo a definição de políticas e estratégias que preencham possíveis lacunas programáticas. O governo de Moçambique reconhece a relevância do conceito ao implementar vários estudos que promovem um maior entendimento da epidemia do HIV no país e orientam o desenho de programas de impacto, principalmente em relação à epidemia entre as populações-chave. Este seu esforço tem como objectivo tornar os programas de prevenção do HIV mais eficazes, fortalecer a utilização dos recursos existentes e otimizar as oportunidades de abordar factores sociais, programáticos e individuais directamente relacionados com as populações-chave e outras populações vulneráveis.

De um modo geral, o conceito “*Conheça a sua Epidemia - Saiba a sua Resposta*” consiste em encontrar respostas para as perguntas estratégicas:

- Onde e em quem estão a ocorrer as novas infecções pelo HIV?
- O que dizem os dados comportamentais em relação aos grupos populacionais que devem ser priorizados?
- Onde podem esses grupos ser abordados?
- O que está a ser feito actualmente, onde, e com que recursos?
- Há falhas na alocação dos recursos?
- Que intervenções podem melhorar a resposta às populações-chave?
- Durante os últimos anos, Moçambique produziu um número considerável de estudos epidemiológicos sobre o HIV, incluindo elementos comportamentais relacionados com as populações-chave, cabendo-nos destacar:
 - Mozambique Triangulation Project (2007);
 - I-RARE - Associação entre o Consumo de Drogas Ilícitas e Práticas de Risco para a Infecção pelo HIV em Maputo, Beira e Nacala (2007);

- I-RARE - Risco de HIV em Trabalhadoras de Sexo e Consumidores de Drogas em Maputo, Beira e Nacala (2007);
- Modos de Transmissão do HIV e Estudo de Prevenção do HIV (2009);
- INSIDA - Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique (2009);
- Inquéritos Integrados Bio-comportamentais (IBBS) com Trabalhadoras de Sexo (2011-2012), Homens que Fazem Sexo com Homens (2011), Camionistas de Longo-curso (2012), Trabalhadores Moçambicanos nas Minas da África do Sul (2012) e Pessoas que Injectam Drogas (2013);
- Avaliação da Situação de HIV, ITS e Tuberculose e Necessidades de Saúde nos Ambientes Penitenciários em Moçambique (2013);
- Distribuição da Incidência de Infecções por HIV na População de 15-49 anos em Moçambique por Modo de Transmissão (2014) .
- Estes exercícios indicam o genuíno interesse do governo - signatário da *“Declaração Política sobre HIV e SIDA: Intensificando Esforços para Eliminar o HIV e SIDA (Junho 2011)”*, em estabelecer prioridades para assegurar o acesso universal aos serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV, com especial ênfase para aqueles que se encontram em maior vulnerabilidade e risco, bem como garantir que as suas prioridades estratégicas estejam alinhadas com as evidências epidemiológicas sobre a magnitude da epidemia em cada grupo populacional e em cada região do país. Contudo, os estudos acima mencionados têm privilegiado aspectos comportamentais - sem dúvida, de grande relevância para a definição de respostas efectivas - carecendo ainda de maiores esforços para a compreensão dos factores programáticos e estruturais que contribuem igualmente para que as vulnerabilidades das populações-chave no país se mantenham.

Os dados do estudo *“Distribuição da Incidência de Infecções por HIV na População de 15-49 Anos em Moçambique por Modo de Transmissão (2014)”* estimam que aproximadamente 28.7% das novas infecções de HIV podem ser atribuídas às práticas e riscos associados às populações-chave no país, e que 30% das novas infecções por HIV no país acontecem entre mulheres trabalhadoras de sexo, seus clientes, e parceiros, sendo a sua contribuição para as novas infecções maior nas regiões centro e norte do país.

Os resultados dos Inquéritos Integrados Bio-comportamentais (*IBBS*) sobre a prevalência do HIV e comportamentos de risco realizados no país entre as populações-chave e outras populações vulneráveis apontam que as taxas de prevalência do HIV tendem a ser mais elevadas no seio destes grupos quando comparadas às taxas estimadas para a população geral do país. A tabela 1 resume as informações disponíveis sobre a prevalência do HIV entre os grupos de alto risco.

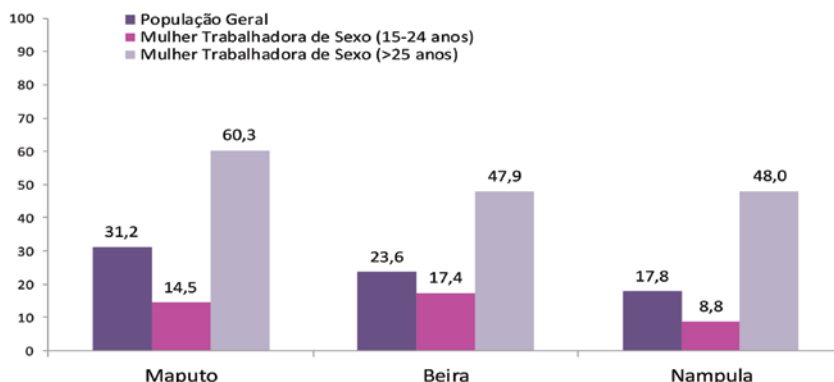
Tabela 1. Prevalência do HIV nas Populações-chave em Moçambique

	Pessoas que Injectam Drogas (PID) (1)	Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS) (1)	População Prisional (2)	Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) (1)
Prevalência do HIV em populações-chave (IBBS)	Maputo C: 50.3% Nampula: 36.8%	Maputo C: 31.2% Beira: 23.6% Nampula: 7.8%	24%	Maputo C: 8.1% Beira: 9.1% Nampula: 3.7%

(1) *IBBS INS / CDC 2011-13*; (2) *Avaliação da Situação de HIV, ITS e TB e Necessidades de Saúde nos Ambientes Penitenciários em Moçambique (2013), Ministério da Justiça, INS, UNODC*

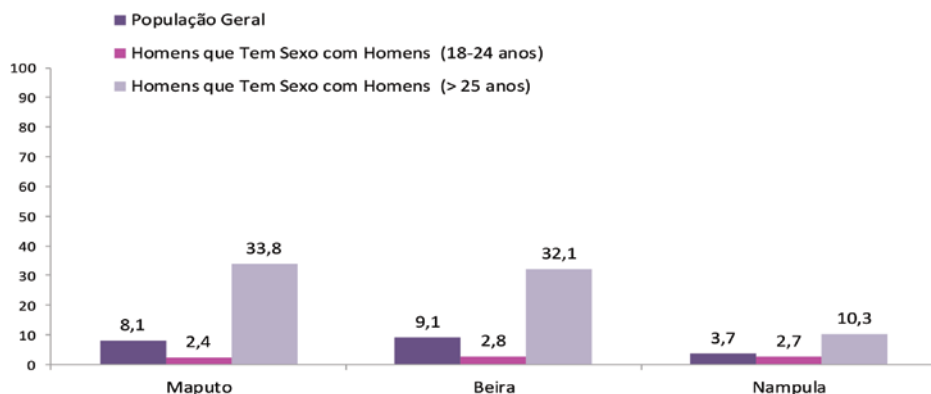
Os estudos conduzidos com mulheres trabalhadoras de sexo (*MTS*) e com homens que fazem sexo com homens (*HSH*) em Maputo, Beira e Nampula (*Nacala*) demonstraram que as taxas de prevalência do HIV são particularmente preocupantes nas faixas etárias superiores a 25 anos, conforme demonstrado abaixo nos **Gráfico 1** e **2**.

Gráfico 1. Prevalência do HIV em MTS(1) comparada com a prevalência de mulheres da população geral(2)



Segundo as evidências disponíveis, as mulheres trabalhadoras de sexo têm taxas de prevalência de HIV mais elevadas do que a população geral de mulheres nas três cidades, em todas as faixas etárias de comparação. Por exemplo, enquanto a taxa de prevalência do HIV entre pessoas do sexo feminino de 15-24 anos em Maputo Cidade é de 8,6%, a mesma taxa entre o mesmo grupo etário de mulheres trabalhadoras de sexo na mesma cidade é de 14,5%; enquanto a taxa de prevalência do HIV entre mulheres da população geral na faixa etária de 25 anos ou mais, na cidade da Beira, é de 21,7%, o mesmo índice é de 47,9% entre as mulheres trabalhadoras de sexo, ou seja, mais do que o dobro.

Gráfico 2. Prevalência do HIV em HSH(1) comparada com a prevalência de homens da população geral(2)

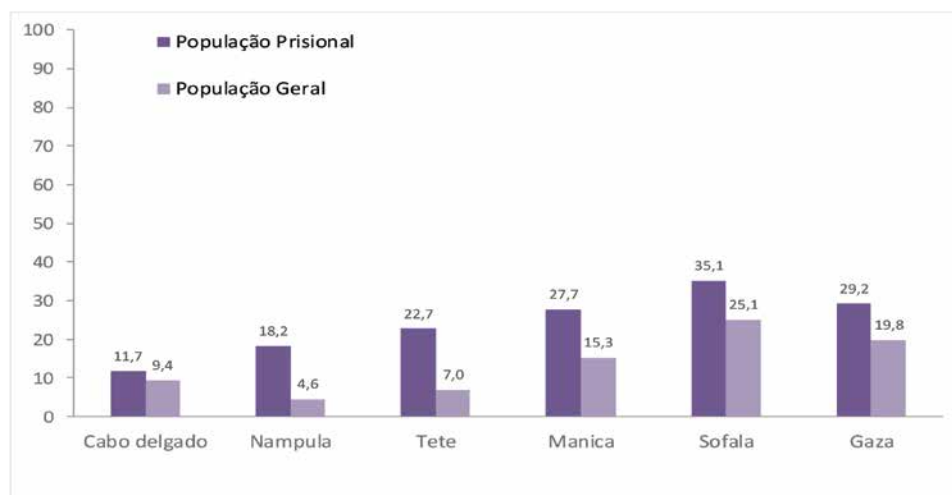


Fonte: (1) IBBS, INS/CDC 2011; (2) INSIDA 2009

Situação semelhante ocorre entre a população de HSH. Na faixa etária de 15-24 anos, a prevalência do HIV no seio deste grupo populacional é ligeiramente inferior ao mesmo grupo etário da população masculina em geral nas cidades da Beira e Maputo, mas mais elevada em Nampula. Contudo, no grupo etário de 25 anos ou mais, as taxas de prevalência do HIV entre os HSH é de forma alarmante mais elevada do que na população masculina em geral da mesma faixa etária: em Maputo, enquanto a prevalência do HIV entre os homens de 25 anos ou mais é de 5,4%, a mesma taxa entre os HSH é de 33,8%, ou seja, mais do que seis vezes superior. O mesmo cenário verifica-se na cidade da Beira e em Nampula.

Os estudos de prevalência do HIV entre os reclusos do sistema penitenciário também revelaram taxas de prevalência do HIV mais elevadas do que aquelas estimadas entre os homens da população geral nos mesmos locais. O **Gráfico 3** apresenta abaixo estas evidências.

Gráfico 3. Prevalência do HIV em reclusos comparada com a prevalência da população geral(2)



Fonte: (1) Avaliação da Situação de HIV, ITSs e Tuberculose e Necessidades de Saúde nos Ambientes Penitenciários em Moçambique 2013, Ministério da Justiça; (3) INSIDA, Ministério da Saúde 2009

Conforme demonstrado no gráfico 3, os reclusos do sistema prisional têm taxas de prevalência do HIV mais elevadas do que aquelas verificadas na população geral masculina das mesmas províncias. Por exemplo, na província de Maputo nota-se que a prevalência do HIV verificada entre os reclusos é de 29.2%, enquanto que a mesma taxa na população masculina em geral é de 19.8%.

Face às evidências epidemiológicas disponíveis, é fundamental que as populações-chave sejam incorporadas em todas as acções de resposta à epidemia, tanto na prevenção quanto nos cuidados e tratamento. As altas taxas de prevalência do HIV indicam a urgência de serviços de aconselhamento e testagem para o diagnóstico do HIV e o consequente acesso aos serviços de cuidados e tratamento, com forte ênfase na promoção e respeito pelos direitos humanos.

De modo a responder ao perfil epidemiológico acima apresentado, o Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA do Ministério da Saúde incluiu a população-chave como um tema transversal em todas as suas áreas. Concretamente, no âmbito do área técnica A) Intensificação do diagnóstico e da prevenção do HIV, através do objectivo-chave 5 “Assegurar que os membros das populações-chave sejam abrangidos pelos serviços de HIV, incluindo aconselhamento e testagem, circuncisão masculina e adesão aos cuidados e tratamento”. O Ministério da Saúde

ressalta a importância da inclusão de acções específicas para estas populações, buscando consolidar uma resposta integrada e efectiva à epidemia do HIV no sector saúde.

Esta directriz orienta os gestores de programas relacionados ao HIV e provedores de saúde na integração de serviços de saúde para o atendimento das populações-chave.

IV.VISÃO

Assegurar que as populações-chave tenham acesso a serviços de saúde de qualidade, livres de discriminação e baseados em evidências, de modo a contribuir para uma resposta efectiva à epidemia do HIV em Moçambique.

V.OBJECTIVOS

- Promover o acesso aos serviços de saúde de qualidade para as populações-chave;
- Consolidar as estratégias de humanização dos serviços de saúde para a oferta de serviços livres de discriminação e estigma;
- Assegurar a integração de serviços amigáveis e abrangentes para as populações-chave nas unidades sanitárias do país;
- Fortalecer a ligação efectiva entre os diferentes serviços oferecidos pelas unidades sanitárias, e entre o sector da saúde e os serviços comunitários;
- Assegurar o acesso à testagem, aconselhamento, cuidados e tratamento para o HIV.

VI.ORIENTAÇÕES SOBRE SERVIÇOS A OFERECER ÀS POPULAÇÕES-CHAVE

VI.1.DEFINIÇÃO DE POPULAÇÕES-CHAVE

A OMS define população-chave como aquela que, devido a comportamentos de alto risco, tem maior probabilidade de ser infectada pelo HIV, independentemente do tipo de epidemia, do local ou de contexto. Estas populações enfrentam barreiras legais e sociais relacionadas com o seu comportamento, aumentando a sua vulnerabilidade à infecção.

Considerando a definição da OMS e os resultados dos Inquéritos Bio-comportamentais Integrados realizados no país, Moçambique define “populações-chave” como aquelas que, devido ao seu comportamento, têm um risco maior de

contrair a infecção pelo HIV, e enfrentam barreiras legais, culturais e sociais que aumenta a sua vulnerabilidade à infecção.

De acordo com a definição internacional e os resultados dos IBBS realizados no país, fazem parte das populações-chave os seguintes grupos populacionais:

1. **Mulheres trabalhadoras de sexo (MTS):** mulheres (acima dos 18 anos) que recebem dinheiro ou bens em troca de serviços sexuais, regularmente ou ocasionalmente.
2. **Homens que fazem sexo com homens (HSH):** todos os homens que têm relações sexuais com outros homens, regularmente ou ocasionalmente.
3. **Pessoas que injectam drogas (PID):** pessoas que injectam psicotrópicos por razões não terapêuticas, por via intra-venosa, intra-muscular, sub-cutânea ou outras vias de injeção.
4. **Reclusos:** todos os homens e mulheres detidos em justiça criminal e serviços penitenciários, durante o período de investigação do crime, enquanto aguardam julgamento e quando presos, antes e depois da sentença.

VI.1.1. POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

É importante ressaltar que para além das populações-chave, existem outros grupos denominados de populações vulneráveis, cujos serviços a prover são detalhados no documento orientador PEN IV, assim como no Plano de Aceleração da Resposta ao HIV e SIDA (2013 – 2015 estendido para 2017).

VI.2. ÁREAS DE INTERVENÇÃO

O MISAU reconhece que há uma ausência de serviços específicos e adequados às necessidades de saúde das populações-chave do país, bem como de uma ligação entre os serviços de base comunitária e os serviços prestados pela rede sanitária que, por sua vez, precisa de ser reforçada e consolidada. Verifica-se ainda uma carência de acções que visem o empoderamento dos provedores de saúde, de modo a torná-los “competentes”, pessoal e profissionalmente, em todos os aspectos ligados à epidemia do HIV, sobretudo em relação ao posicionamento ético e moral e ao seu comportamento e atitudes junto das populações-chave.

A vulnerabilidade das populações-chave à infecção pelo HIV é resultante de múltiplos factores. Factores estruturais, tais como legislação, estigma e discriminação social, violência e iniquidade de género contribuem para inibir a sua participação na construção das respostas comunitárias e dos serviços de saúde para a epidemia do HIV, tendo ainda efeitos concretos no acesso destas populações aos cuidados de saúde e acções de prevenção, incluindo os insumos. Finalmente, factores individuais, como o conhecimento insuficiente dos modos de transmissão, bem como fracas habilidades em evitar comportamentos e

práticas inseguras, são também elementos que afectam a susceptibilidade das populações-chave a um maior risco de infecção e problemas específicos de saúde sexual. Portanto, é importante reconhecer o papel que as vulnerabilidades sociais, programáticas e individuais desempenham na capacidade de indivíduos ou comunidades controlarem efectivamente o seu risco de infecção pelo HIV.

Durante o desenho de programas de prevenção, cuidados e tratamento para as populações-chave, é necessário dar prioridade a uma combinação de intervenções que facilitem um avanço qualitativo na prevenção da epidemia, deixando de focar apenas nos comportamentos individuais. Importa definir abordagens que contemplem uma gama de intervenções capazes de responder aos factores estruturais, bio-médicos e comportamentais da epidemia entre estes grupos populacionais. As intervenções que fundamentam esses programas combinados de prevenção do HIV podem ser assim definidas:

Intervenções estruturais: são os esforços centrados na transformação dos factores socio-culturais, políticos e económicos que afectam a vulnerabilidade à infecção pelo HIV.

- **Intervenções bio-médicas:** são as abordagens médicas e de saúde-pública que impedem ou diminuem o risco de infecção pelo HIV.
- **Intervenções comportamentais:** são as estratégias que promovem comportamentos seguros, focando-se em conhecimentos, atitudes, práticas, habilidades e crenças.

Pode-se então dizer que toda a intervenção, seja ela estrutural, bio-médica ou comportamental, possui uma dimensão que incide simultaneamente nas vulnerabilidades sociais, programáticas e individuais. Da mesma forma, toda a intervenção, seja ela estrutural, bio-médica ou comportamental, possui uma dimensão que contribui para a criação de ambientes favoráveis, redução da infecções pelo HIV e adopção de comportamentos seguros.

O presente documento propõe um conjunto de intervenções estratégicas de prevenção combinada para as populações-chave. Estas estratégias de intervenção estão agrupadas em acções estruturais, acções bio-médicas e acções comportamentais, que deverão ser incorporadas nos processos de planificação de cada nível do Sector de Saúde e implementadas de acordo com o nível de complexidade dos serviços disponíveis em cada US do país, de acordo com o mandato de cada interveniente do Sector da Saúde. Estes estão descritos abaixo na **Tabela 2**.

Adicionalmente, foram definidos critérios que devem ser obedecidos para a sua integração nos serviços de saúde para as populações-chave.

Tabela 2. *Intervenções do Sector da Saúde*

Intervenção do Sector da Saúde	
	• Rastrear comportamentos de risco nos utentes das US para identificação das populações-chave.
ACÇÕES COMPORTAMENTAIS	• Aconselhar a adopção de práticas seguras. • Capacitar os profissionais de saúde sobre a vulnerabilidade e o riscos de infecção pelo HIV nas populações-chave e necessidades específicas de serviços de saúde para estes grupos.
ACÇÕES BIO-MÉDICAS	• Oferecer preservativos (masculinos e femininos) e lubrificantes em quantidades apropriadas. • Oferecer Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATIU, ATIP, ATS-C). • Rastrear, diagnosticar e tratar as ITS. • Rastrear, diagnosticar e tratar a Tuberculose. • Oferecer métodos de planeamento familiar. • Garantir o acesso a cuidados e tratamento de HIV. • Oferecer serviços de prevenção e cuidados do cancro do colo uterino (CACUM) e rastreio do cancro da próstata. • Oferecer profilaxia pós-exposição (PPE). • Oferecer pacote de cuidados aos sobreviventes de violência baseada no género.
ACÇÕES ESTRUTURAIS	• Garantir ligações aos serviços sociais e de saúde para a detecção de casos de violência e oferecer apoio aos membros da população-chave vítimas de violência. • Incorporar procedimentos sobre a diminuição do estigma e promoção dos direitos humanos nas formações dos profissionais de saúde. • Identificar infra-estruturas e meios necessários, ao nível da US, para a provisão dos serviços de saúde destinados às populações-chave. • Inserção de sistemas de registo de informações de saúde para as populações-chave.

VI.3.DEFINIÇÃO DE PACOTE DE SERVIÇOS PARA AS POPULAÇÕES-CHAVE

Foram definidos dois pacotes de serviços, Mínimo e Completo, que diferem entre si apenas na provisão do acesso universal ao TARV entre MTS e HSH.

VI.3.1.PACOTE MÍNIMO

Este pacote deve ser oferecido em todas as US definidas como prioritárias, ao longo da implementação deste programa pela DPS. O TARV deve ser oferecido de acordo com as normas nacionais vigentes para a população geral.

Grupo-alvo: todas as populações-chave, nomeadamente MTS, HSH, PID e reclusos.

Serviços a serem oferecidos no Pacote Mínimo:

1. Oferta de aconselhamento e testagem para o HIV;
2. Aconselhamento para práticas sexuais seguras;
3. Rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS;
4. Rastreio de TB;
5. Rastreio do CACUM / cancro da próstata;
6. Oferta de um método de planeamento familiar;
7. Oferta de profilaxia pós-exposição de acordo com as normas nacionais;
8. Oferta de pacote de VBG;
9. Oferta de preservativos e lubrificantes;
10. Convite aos parceiros;
11. TARV de acordo com as normas para população geral.

CrITÉRIOS para a identificação de US prioritárias onde se deve implementar o Pacote Mínimo:

1. US localizadas em zonas de corredores de transportes: onde há muita movimentação e paragem de camiões / camionistas;
2. US perto de *hotspots* (zonas quentes): lugares de alta concentração de MTS e HSH;
3. US de referência das penitenciárias que não têm US no seu interior;
4. Zonas turísticas.

VI.3.2.PACOTE COMPLETO

Este pacote será implementado nas US definidas pelas DPS, de acordo com os critérios definidos. Difere do Pacote Mínimo por incluir o TARV universal que será oferecido às MTS e aos HSH independentemente da taxa de CD4. Estes pacientes, uma vez testados positivos e psicologicamente preparados, poderão iniciar o TARV sem terem de passar por outros critérios de elegibilidade. Note-se que o Pacote Completo tem como população-alvo as MTS e os HSH apenas.

Sendo o Pacote Completo composto pelo mesmo que o Pacote Mínimo, apenas com a oferta adicional do TARV universal para MTS e HSH, é importante referir que as US onde for disponibilizado terão os dois pacotes, abrangendo também outras populações vulneráveis, como PID e reclusos.

Serviços a serem oferecidos no Pacote Completo:

1. Oferta de aconselhamento e testagem para o HIV;
2. Aconselhamento para práticas sexuais seguras;
3. Rastreio, diagnóstico e tratamento de ITS;
4. Rastreio de TB;
5. Rastreio do CACUM / cancro da próstata;
6. Oferta de métodos de planeamento familiar;
7. Oferta de PPE de acordo com as normas nacionais;
8. Oferta de pacote de VBG;
9. Oferta de preservativos e lubrificantes;
10. Convite aos parceiros;
11. Oferta de TARV aos reclusos e PID de acordo com as normas estabelecidas para a população geral;
12. Oferta de TARV universal para MTS e HSH.

PACOTE MÍNIMO + TARV
UNIVERSAL PARA
MTS E HSH.

19

Pré-requisitos para a provisão de serviços de saúde às populações-chave ao nível das US:

- Existência de populações-chave para se poder fazer a oferta dos serviços de saúde;
- Capacitação e formação em serviço dos provedores de saúde na identificação, atendimento e registo das actividades, com base no pacote de formação definido pelo MISAU.

Critério para a selecção das US na implementação do Pacote Completo:

1. US localizada próxima a hotspots, portos, corredores e outras áreas próximas de concentração das populações-chave;
2. US de referência das penitenciárias que não têm US no interior;
3. US que oferece o serviço TARV;
4. Disponibilidade de oferta de pacote de VBG e PPE;
5. Capacidade de fazer seguimento para a adesão ao TARV, tendo em conta o acesso universal para MTS e HSH;
6. Existência de sistema electrónico de seguimento de pacientes (SESP);
7. Existência de intervenções comunitárias específicas para populações-chave na área de saúde.
8. Numa primeira fase, para o pacote completo, serão seleccionadas vinte e duas US no total, o que corresponde a duas US por província. Este número limitado, permite garantir a monitoria, análise e aprendizagem na implementação inicial deste pacote. Após um período de dois anos, será feita uma análise para a tomada de decisão em relação à continuidade e expansão desta abordagem.

Nota: As US que não estiverem a implementar o Pacote Completo deverão oferecer o Pacote Mínimo de acordo com os critérios acima mencionados.

VI.3.3.VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO (VBG)

A violência baseada no género é uma violência aos direitos fundamentais do ser humano e constitui um problema de saúde pública. Tem impacto profundo na saúde física, sexual e mental da vítima, tanto no momento do acontecimento, como na sua vida futura.

As populações-chave, especialmente as MTS, têm sido vítimas sistemáticas de violência física, psicológica e sexual. Por exemplo, o estudo do IBBS feito com as MTS revelou que 14.9% das MTS em Nampula, 11.6% na Beira e 4.2% em Maputo, sofreram uma violação sexual nos seis meses anteriores ao inquérito, e que entre estas sobreviventes, pelo menos 20% em Nampula, 18.2% na Beira e 11.1% em Maputo sofreram mais de um episódio de violência sexual nos seis meses anteriores ao inquérito⁴. Uma vez que as MTS têm relações sexuais fora do contexto amoroso e do desejo autónomo, na maioria das vezes as condições previamente acordadas com os clientes tais como o preço, práticas sexuais e uso

4 INS, CDC, UCSF, Pathfinder International e I-TECH (2013). Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo, Moçambique 2011–2012. São Francisco: UCSF.

de preservativo são alteradas na hora de sua consumação, mediante ameaça, uso da força física ou arma. Adicionalmente, esta população-chave está sujeita à discriminação e marginalização social constante, uma vez que a sociedade reprova moralmente estas práticas, o que acaba por expor quem as faz a uma violência ainda maior.

Neste contexto, é fundamental que haja serviços de qualidade que respondam a esta demanda de forma ágil, acolhedora e com capacidade de actuar sobre as preocupações imediatas (*lesão física, ITS, gravidez*), tendo em conta as consequências sociais e psíquicas acarretadas pelas situações de violência.

Visto que o atendimento às vítimas de violência é realizado de forma integrada, torna-se fundamental que os sobreviventes façam denúncias aos órgãos ou entidades competentes, como o Gabinete de Atendimento à Família e Menores Vítimas de Violência (GAFMVV), não apenas para que a polícia e o sistema judiciário puna os agressores, mas também para que a sociedade tome conhecimento desse facto e as vítimas possam fazer valer os seus direitos como cidadãos, mesmo que o seu trabalho não seja reconhecido pela sociedade.

VI.3.4. PACOTE INTEGRADO DE SERVIÇOS PARA AS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA BASEADA NO GÉNERO⁵:

1. Avaliar, diagnosticar e tratar as lesões físicas das vítimas de violência;
2. Fazer o aconselhamento e testagem para o HIV;
3. Administrar PPE dentro de 72 horas;
4. Realizar seguimento dos casos de exposição não-ocupacional ao HIV;
5. Oferecer terapia profiláctica das ITS;
6. Fazer o rastreio de gravidez;
7. Providenciar a contracepção de emergência;
8. Oferecer preservativos e lubrificantes compatíveis com os preservativos;
9. Promover a reabilitação psicológica;
10. Referir para avaliação médico-legal;
11. Oferecer orientação e apoio para que a sobrevivente faça a denúncia às autoridades policiais.

⁵ MISAU, JHPIEGO & CDC (2012). Manual para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência. Maputo: MISAU.

VI.4.MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO

O modelo de implementação prevê a integração de serviços de saúde para as populações-chave no funcionamento normal da US, com uma equipa disponível para cada serviço. Os serviços de urgência não deverão ser usados rotineiramente para a oferta de serviços a esta população após o horário normal de expediente. A integração é uma abordagem que garante sustentabilidade e acesso a todo o tipo de serviços oferecidos nas US, e ainda contribui para que todos os provedores de saúde adquiram experiência no atendimento a estas populações depois de receberem a devida formação.

VI.4.1.IDENTIFICAÇÃO DAS POPULAÇÕES-CHAVE

A identificação dos membros das populações-chave é crucial para se poderem oferecer serviços de acordo com as suas necessidades e especificidades, assim como garantir um registo apropriado dos serviços oferecidos. As abordagens de identificação devem respeitar um conjunto de recomendações.

1. Ao nível da US:

- O provedor devidamente capacitado deverá aplicar o algoritmo e/ou guião de avaliação de comportamento de risco a todos os utentes da US, de modo a identificar os membros das populações-chave;
- Auto-identificação: o membro de determinada população-chave poderá identificar-se perante o provedor de saúde.

2. Ao nível da comunidade:

- Onde existirem organizações comunitárias com actividades focadas numa das populações-chave, a US poderá receber os seus membros já identificados, tendo sido referidos pelos serviços comunitários.

Referência dos serviços comunitários para a US:

Nas comunidades onde existirem programas de prevenção e/ou apoio para as populações-chave, estes irão referi-los para a US onde terão acesso a cuidados de saúde.

Recomenda-se que as US façam um mapeamento de todas as organizações de base comunitária (*OBC*) na sua área de saúde e que desenvolvam actividades junto das populações-chave, de modo a coordenar o processo de referência e contra-referência destas populações, utilizando o instrumento oficial do MISAU para o efeito (*ModSIS-H-24*). Esta actividade de mapeamento e coordenação com as OBC deve ser feita antes do início da implementação desta integração de serviços na US, portanto na fase preparatória.

VI.5.POPULAÇÃO PRISIONAL

Os reclusos do sistema penitenciário têm uma particularidade diferente de todas as outras populações-chave, a de estarem detidos nas penitenciárias, portanto isentos de liberdade.

Em termos de acesso aos serviços de saúde para reclusos existem duas abordagens possíveis:

- Penitenciárias com US nas suas dependências: os reclusos recebem serviços de saúde dentro da US da penitenciária, sendo que algumas já oferecem cuidados e tratamento para o HIV. Nos casos em que a US não pode prover determinado cuidado de saúde, o utente é enviado para a US de referência da penitenciária.
- Penitenciárias sem US nas suas dependências: neste caso, os reclusos que precisam de receber cuidados de saúde são referidos para a US de referência da penitenciária.

A presente directriz orienta apenas a abordagem 2, relativa às penitenciárias que não contam com uma US nas suas dependências e que referem todos os utentes para as US do serviço nacional de saúde (*SNS*) sob tutela do MISAU. Conforme descrito acima nos critérios para orientar as DPS na selecção das US para provisão de serviços às populações-chave, também são consideradas prioritárias as US de referência das penitenciárias que não contam com serviços de saúde nas suas dependências.

Para a abordagem 1, na qual as penitenciárias têm centros de saúde nas suas dependências, o MISAU, através das DPS e SDMAS, poderá apoiar a integração de serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV para os reclusos. No entanto, estas US estão sob tutela do Serviço Nacional Penitenciário (*SERNAP*), entidade que irá definir o processo para sua implementação.

VII.VIGILÂNCIA E MONITORIA

VII.1.VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

Com uma série de Inquéritos Integrados Biológicos e Comportamentais (*IBBS*) direccionados para as populações-chave, já realizados nos últimos anos (*IBBS 2011, 2012 e 2013 com MTS, HSH e PID*), Moçambique já deu o primeiro passo para montar um sistema de vigilância capaz de fazer a monitoria das tendências de prevalência do HIV e os comportamentos de risco, bem como para produzir estimativas do número de pessoas de cada população-chave. Os produtos destes inquéritos têm permitido ao país conhecer melhor a sua epidemia e, assim, proceder à formulação informada das suas políticas e intervenções. Para o futuro, foram planificados antecipadamente inquéritos de seguimento com as

mesmas populações já estudadas, bem como com novas populações que ainda não foram priorizadas nos IBBS realizados (*por exemplo, as populações móveis*). As informações oriundas dos IBBS irão servir não apenas para fazer a monitoria das tendências epidemiológicas, como também para avaliar o possível impacto das intervenções realizadas.

De referir que, para além de realizar novas rondas dos IBBS, Moçambique também está em processo de estudar a possível ampliação geográfica dos futuros IBBS, pois os inquéritos já realizados só incluíram membros das populações-chave em três capitais provinciais do país (*Maputo, Beira e Nampula*). Eventualmente, uma maior abrangência no futuro iria tornar os resultados dos IBBS mais representativos do panorama nacional e, por outro lado, contribuir para a implementação de estratégias adaptadas aos diversos contextos do país.

Para complementar e enriquecer o sistema de vigilância baseado em estudos populacionais dos IBBS, neste momento, Moçambique está em processo de estabelecer um sistema contínuo de vigilância de base clínica com foco nos membros das populações-chave atendidos nas US que oferecem o referido Pacote Completo (*descrito na secção “4.C - definição de pacote de serviços para as populações-chave”*). Os objectivos desta vigilância complementar serão: 1) estimar, entre membros das populações-chave atendidos, a prevalência e a incidência do HIV e os seus factores determinantes; 2) medir os comportamentos de risco e suas tendências; e 3) estimar as associações entre os comportamentos de risco e as taxas de incidência do HIV. Sendo uma vigilância contínua, os resultados provenientes deste exercício estarão disponíveis para os decisores e gestores dos programas a cada seis meses.

VII.2.MONITORIA ROTINEIRA

Dados estatísticos de rotina são essenciais para o acompanhamento da prestação dos serviços e para a boa planificação das actividades do futuro (*aquisição de recursos, formações, supervisões, entre outros*). Neste momento, em Moçambique, o sistema de informação rotineira do MISAU não inclui a desagregação de informações por tipo de população-chave. Neste sentido, os dados estatísticos de serviços prestados a estas populações-chave estão incluídos nos dados registados da população geral atendida pelo sistema. Por isso, actualmente é impossível quantificar o número de membros das populações-chave que beneficiaram de algum serviço, tanto relativamente ao programa de HIV como outros. Todavia, com a revisão dos instrumentos de recolha primária das actividades de cuidados e tratamento e aconselhamento e testagem do HIV prevista para 2015, há uma oportunidade de estudar a inclusão de variáveis específicas, bem como níveis de desagregação por tipo de população-chave, de tal forma que seja possível fazer a monitoria do nível da prestação dos serviços a estes grupos populacionais. É de notar que qualquer novo instrumento criado só entrará em funcionamento a partir de 2016 depois de uma fase piloto e de institucionalização no MISAU.

Em resposta à necessidade de ter informação disponível sobre os números de membros das populações-chave atendidos no âmbito dos serviços de cuidados e tratamento do HIV, especialmente nas US que implementarem o Pacote Completo apresentado nesta directriz, a curto prazo o PNC ITS-HIV/SIDA coordenará com as DPS e com os parceiros que desempenham um papel fundamental na gestão do sistema electrónico de seguimento do paciente (*SESP*), para procederem à codificação dos processos e registos clínicos (*tanto em papel como electrónico*) dos membros das populações-chave que receberam atendimento nos serviços de cuidados e tratamento. Desta forma, será possível analisar periodicamente a evolução do atendimento destas populações, por um lado analisando os dados disponíveis no SESP (*por exemplo, o número de novos inscritos e iniciados em TARV*), e por outro lado, resultados clínicos prioritários tais como o diagnóstico das ITS e a retenção dos pacientes nos serviços clínicos. Esta solução temporária envolverá a uniformização da codificação dos processos clínicos físicos (*em papel*) de cada membro da população-chave, e também a inclusão no SESP da variável no processo electrónico individual, a partir da qual se pode verificar se a pessoa é membro ou não de determinada população-chave. Finalmente, também será preciso desenhar um formulário padrão para a sistematização dos dados relativos às actividades e serviços oferecidos às populações-chave em determinado período.

VIII.PESQUISA

Em coordenação com o INS e os outros centros de pesquisa, bem como os parceiros de colaboração, o PNC ITS-HIV/SIDA irá trabalhar nos próximos anos para identificar perguntas referentes às populações-chave e aos serviços destinados às mesmas para quais os sistemas de vigilância e monitoria rotineira não estão aptos a responder. Uma vez identificada uma lacuna de informação prioritária, esta será analisada pelos grupos técnicos para que sejam desenvolvidos e implementados protocolos de estudo. Estas pesquisas futuras poderão focar-se na área epidemiológica ou na área de implementação dos serviços.

IX.TERMOS DE REFERÊNCIA PARA A INICIATIVA PILOTO DO ACESSO UNIVERSAL AO TARV PARA MTS E HSH

O acesso universal ao TARV para MTS e HSH será implementado como uma iniciativa piloto de dois anos. Para tal, as DPS irão seleccionar previamente as US que implementarão esta iniciativa. Cada DPS seleccionará duas US de acordo com os critérios definidos para a implementação do Pacote Completo, totalizando vinte e duas US incluídas nesta iniciativa em todo o país.

Após o período da iniciativa piloto, o MISAU conduzirá uma avaliação dos aspectos pertinentes para a tomada de decisão em relação à continuidade, expansão ou término da abordagem. Essa avaliação terá como base a informação e os dados recolhidos durante as visitas de supervisão do PNC ITS-HIV/SIDA às DPS e US,

bem como dados disponíveis no SESP, uma vez que este sistema será utilizado para gerar informação relativa aos serviços de Cuidados e Tratamento de HIV prestados às populações-chave.

Apela-se para que as DPS e respectivos parceiros de implementação ponham em funcionamento o Pacote Completo apenas nas duas US seleccionadas em cada província, e que evitem a implementação em outras US sem orientação prévia do MISAU. Esta medida visa garantir o cumprimento dos requisitos da iniciativa piloto, de modo a possibilitar a aprendizagem sobre o processo de implementação da abordagem para uma melhor decisão a posteriori.

O acesso universal ao TARV significa que as MTS e HSH que tiverem um teste de HIV positivo poderão iniciar o TARV sem experiência prévia de nenhuma infecção oportunista, em alguns casos. Para todos estes utentes, a preparação para o TARV através do apoio psicossocial, bem como o aconselhamento e devido seguimento para assegurar a adesão são cruciais para o sucesso do tratamento.

No **Anexo 6** apresenta-se a lista das US seleccionadas pelas DPS para a iniciativa piloto do acesso universal ao TARV para MTS e HSH.

X.REFERÊNCIAS

1. Conselho de Ministros, República de Moçambique. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA 2015 - 2019.
2. MISAU, Plano Estratégico do Sector Saúde 2014- 2019. Maputo, Moçambique: MISAU, 2008.
3. MISAU, Plano de Aceleração da Resposta ao HIV/SIDA 2013 – 2015 (2017). Maputo, Moçambique: MISAU, 2013.
4. MISAU, INS, INE e ICF Macro. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: ICF, 2010.
5. INS, CDC, UCSF, PSI, Pathfinder International, I-TECH e LAMBDA. Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens em Moçambique 2011. Maputo, Moçambique, 2013.
6. INS, CDC, UCSF, Pathfinder International e I-TECH. Relatório Final: Inquérito Integrado, Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo em Moçambique 2011–2012. Maputo, Moçambique, 2013.
7. INS, CDC, UCSF, MITRAB & I-TECH. Final Report: the Integrated Biological and Behavioral Survey among Mozambican Workers in South African Mines, 2012. Maputo, Moçambique: MISAU, 2013.
8. INS, CDC, UCSF, DPS Manica, CIDI, Pathfinder International & I-TECH. Final Report: The Mozambique Integrated Biological and Behavioral Survey among Long Distance Truck Drivers, 2012. Maputo, Moçambique: MISAU, 2013.
9. Ministério da Justiça, INS, UNODC. Avaliação da Situação de HIV, ITS e TB e Necessidades de Saúde nos Ambientes Penitenciários em Moçambique. Maputo, Moçambique: MdJ, 2013.
10. MISAU, JHPIEGO & CDC Manual para Atendimento Integrado às Vítimas de Violência. Maputo, Moçambique: MISAU, 2012.
11. Mann J, Tarantola D. AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. Oxford University Press, 1996.
12. Acesso Universal aos Serviços Completos de Saúde Sexual e Reprodutiva em África: Síntese da Conferência. Maputo, Moçambique: MISAU, 2006.

13. Guia de Tratamento Anti-retroviral e Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança. Maputo, Moçambique: MISAU, 2014.
14. Estratégia de Planeamento Familiar e Contraceção 2011-2015(2020). Maputo, Moçambique: MISAU, 2010.
15. Estratégia e Plano de Acção para a Saúde Mental. Maputo, Moçambique: MISAU, 2007.
16. Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde 2011 - 2014. Maputo, Moçambique: MISAU, 2011.
17. Manual do Facilitador em Prevenção Positiva na Comunidade para Agentes Comunitários de Saúde. Maputo, Moçambique: MISAU, 2010.
18. Directriz Nacional para a Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde. Maputo, Moçambique: MISAU, 2015.
19. HIV Prevention among Vulnerable Populations: The Pathfinder International Approach. Pathfinder International Technical Guidance Series Number 6, 2008.
20. Algoritmo para Corrimento Uretral e Vaginal. MISAU: Moçambique, 2007.
21. Algoritmo para Sífilis Congénita. MISAU: Moçambique, 2007.
22. Algoritmo para Úlcera Genital e Dor debaixo do Ventre. MISAU: Moçambique, 2007.
23. Lei 5/2002. Governo de Moçambique, 2006.
24. Lei 23/2007. Governo de Moçambique, 2007.
25. Lei 29/2009. Governo de Moçambique, 2009.
26. Fluxograma para o Atendimento da Vítima de Violência Sexual. Moçambique: MISAU, 2011.
27. Service Delivery Approaches to HIV Counseling and Testing (HCT): A Strategic HCT Program Framework. Genebra: OMS, 2012.
28. Whitson D. et al. Analysis of HIV Prevention Response and Modes of HIV Transmission: Mozambique Country Synthesis. 2008.

29. Wilson D., Halperin D., *“Know your Epidemic, Know your Response”*: A Useful Approach, if We Get it Right. The Lancet, Vol. 372, Issue 9637: 423 – 426, 2008.
30. Smith A.D. et al. Men Who Have Sex with Men and HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa. The Lancet, vol. 374, Agosto 2009.
31. Pacote de Formação para Provedores de Saúde – Projecto VIDAS. Compilado por Pathfinder International. Moçambique, 2010.
32. Pacotes Integrados de Serviço e de Formação Contínua na Área da Saúde Reprodutiva/Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente & Jovem. Maputo, Moçambique: MISAU, 2010.
33. Directrizes Consolidadas sobre a Prevenção do HIV, Diagnóstico, Tratamento e Atenção para as Populações-Chave. Genebra: OMS, 2014.

XI. ANEXOS

- Guião de avaliação de comportamentos de risco - a ser usado pelo provedor para identificação das populações-chave [na página 31](#)
- Algoritmo para avaliação de comportamentos de risco - a ser usado pelo provedor para identificação das populações-chave [na página 32](#)
- Guia de referência e contra-referência da comunidade e US [na página 33](#)
- Quadro das intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais para o sector da saúde [na página 34](#)
- Intervenções da responsabilidade do sector da saúde (*SERNAP*) [na página 47](#)
- Lista das US para implementação do Pacote Completo [na página 51](#)

Anexo 1. Guião de avaliação de comportamentos de risco



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
PNC ITS-HIV/SIDA

GUIÃO PARA IDENTIFICAÇÃO E AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO DAS POPULAÇÕES CHAVE

Questões para todos os utentes

Gostaria que falássemos um pouco das suas práticas sexuais actuais.

1. É sexualmente activo? Se sim, com quem tem sido as suas relações sexuais? (com mulheres, com homens e/ou com ambos)?
2. Que tipo de sexo tem praticado (anal, oral ou vaginal)?
3. Alguma vez já foi solicitado(a) para ter relações sexuais com alguém em troca de dinheiro ou presentes?
4. Consome bebida alcoólica ou outras drogas? Se sim, o que costuma consumir (tipo de bebida ou outras drogas)?
5. Se usa outras drogas, como e para que fim usa? Está a usar actualmente? Com que frequência?

Questões 1 e 2 orientam para secção A

Questões 3 orientam para secção B

Questões 4 e 5 orientam para secção C

Secção A. Homens que fazem sexo com homens (HSH)

1. Já ouviu falar em ITS? HIV/SIDA? Se sim, sabe como se prevenir para não apanhar?
2. Usa preservativos durante o sexo?
3. Já usou alguma vez um produto para lubrificação durante o sexo anal? Se sim, qual?
4. Acredita que através do sexo anal é possível apanhar as ITS ou HIV?
5. Alguma vez teve algumas feridas, corrimento, comichões ou irritação no ânus ou no pénis? Se sim, procurou tratamento?

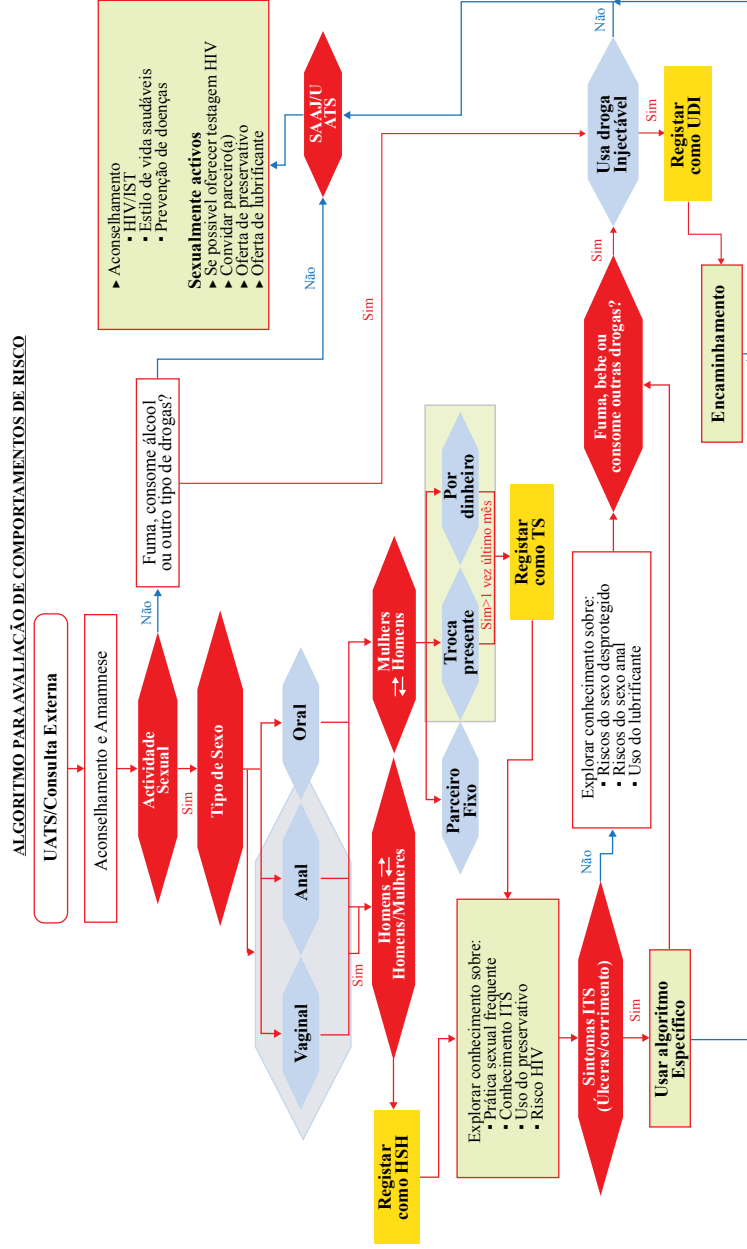
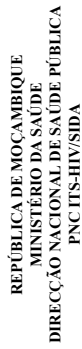
Secção B. Trabalhadoras de Sexo (MTS)

1. Vive com o parceiro? Para além deste parceiro, tem outros?
2. (Caso respondeu sim para questão 4 na secção para todos os utentes): Qual tem sido sua reacção quando um cliente paga mais para não usar o preservativo?
3. Já ouviu falar em ITS? HIV/SIDA? Se sim, sabe como se prevenir para não apanhar?
4. Usa o preservativo com os clientes e também com o seu parceiro? Se sim, usa em todas as práticas sexuais? Utiliza lubrificantes para facilitar a penetração? Quais tipos de lubrificante?
5. Onde tem praticado sua actividade como trabalhadora de sexo? (rua, pensão, barracas, casa, hotel, etc.)?

Secção C. Pessoas que Injectam Drogas e Pessoas que Usam Drogas

1. Como têm sido as suas relações sexuais depois do consumo da droga?
2. Usou o preservativo durante estas relações sexuais?
3. Se referiu o uso de drogas injectáveis, há quanto tempo (semanas, meses, anos)?
4. Já partilhou agulhas/seringas? Se sim, há quanto tempo?
5. Acha que alguém que usa drogas injectáveis pode estar em risco de contrair o HIV?

32



Anexo 3. Guia de referência e contra-referência da comunidade e US



Guia de Referência e Contra Referência

(Promoção de acesso e adesão aos cuidados de saúde primários e serviços sociais)

MS-2018-24

Nome do Utente: _____ Idade: _____ Sexo: _____ NID*: _____ NIT*: _____ Nº do Guia _____
Distrito: _____ Localidade: _____ Bairro: _____ Unidade Comunal: _____
Quarteirão: _____ A casa fica perto de: _____
Organização: _____ Projecto: _____ Programa: _____

A ser preenchido pelo ACTIVISTA		Motivos de referência:	
SERVIÇOS SMI:	SERVIÇOS HIV:	SERVIÇOS TB/Malária:	SERVIÇOS SOCIAIS:
☐ Maternidade p/ parto: ☐ CPN ☐ CP Familiar ☐ Consulta Pós-Parto ☐ CCR ☐ PTV	☐ ATS ☐ ITS ☐ Pré-TARV / IO ☐ Testado HIV+ ☐ Abandono TARV ☐ PPE ☐ Circuncisão Masculina	☐ Suspeito de TB ☐ Contacto de TB ☐ Controlo de BK ☐ Abandono de TTB ☐ Reacções do TTB ☐ Suspeito de Malária	☐ OCB / Apoio Comunitário ☐ Educação ☐ Acção social ☐ GAVV ☐ Apoio Psico-social ☐ Posto Policial
☐ Suspeito de Malnutrição: ☐ Outros motivos/ Especificar o cuidado/ serviço prestado ou a ser prestado: Nome da pessoa que referiu: _____	☐ Banco de socorro/Consulta de triagem: ☐ Controlo da Dor: _____		

A ser preenchido pela UNIDADE SANITÁRIA (marcar todos os serviços em que o utente passar)
ATENDIDO NA CONSULTA DE/ SERVIÇOS PRESTADOS:

☐ Maternidade p/ parto: ☐ CPN ☐ CP Familiar ☐ Consulta Pós-Parto ☐ PTV	☐ CCR ☐ ATS ☐ ITS ☐ Testado HIV+ ☐ Pré TARV/IO ☐ CD	☐ TARV ☐ Sem TB ☐ Profilaxia por contacto TB ☐ Tratamento de TB ☐ Doenças crónicas ☐ Controlo da Dor	☐ Controlo de BK: ☐ Reacções do TTB ☐ PPE ☐ Terapia nutricional ☐ CCS
---	--	---	--

Outros atendimentos/ Especifique: _____ Motivo de referência: _____
Referido para (US, Acção Social, Educação, OCBs, apoio psicossocial, CRN): _____
Observações: _____

Nome do trabalhador de saúde: _____ Nome da US: _____ Data: _____ / _____ / _____

A ser preenchido pela ACÇÃO SOCIAL

☐ Subsídio de alimentos Habituação	☐ Educação Atestado de pobreza	☐ OCB Acção social produtiva	☐ GAVV Apoio monetário INAS
--	--	--	--

*Especificar o cuidado / serviço prestado ou a ser prestado: _____
Nome do trabalhador que referiu: _____ Data: _____ / _____ / _____

Anexo 4. Quadro das intervenções comportamentais, biomédicas e estruturais para o sector da saúde

RESPONSABILIDADES													
INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS PARA O SECTOR DA SAÚDE	MTS	HSH	PID	RECLUSOS	ACTIVIDADES RECOMENDADAS	MISAU	DPS	US Cidadãos Primários	US com TARV	Outras instituições do Governo	Sociedade Civil (SC) e Parceiros		
	Rastreio de comportamentos de risco (com apoio dos instrumentos desenvolvidos pelo SNS) focado nas práticas sexuais de risco e episódios de violência sexual, a todos os utentes das US, independentemente do motivo que os traz ao serviço. Este rastreio permite identificar membros das populações-chave.	✓	✓	✓	Incluir os conteúdos sobre avaliação de comportamentos de risco das populações-chave nos currículos de formação dos provedores de saúde a todos os níveis.	DNAM DNRH-F					Parceiros		
						Disseminar o uso do guião de avaliação de comportamentos de risco das populações-chave nas diversas portas de entrada das US e nas consultas seguintes.	Supervisor Provincial de HIV	US	US				
							Elaborar uma lista de verificação para a qualificação do registo de informações sobre comportamentos de risco em utentes HIV+ nos serviços de apoio psicossocial.	Supervisor Provincial de HIV	US	US			
								Qualificar o registo de informações sobre comportamentos de risco em utentes HIV+ nos serviços de apoio psicossocial.	Supervisor Provincial de HIV	Provedor		Provedor	
				Incluir as especificidades das populações-chave na ficha de rastreio de violências na US.				US	US	Parceiros			
				Optimizar o uso da ficha de rastreio de violências na US.				US Provedor de saúde	US Provedor de saúde		Parceiros		

Promoção do uso correcto e consistente do preservativo (masculino e feminino), independentemente do estado serológico do indivíduo, em todas as relações sexuais tanto com parceiros/as fixos/as como parceiros/as ocasionais e/ou comerciais.	✓	✓	✓	✓	Fazer a demonstração do uso correcto e consistente do preservativo masculino e feminino em todas as portas de entrada e educar os utentes sobre a sua importância.			Provedor de saúde		
					Disponibilizar preservativos masculinos e femininos para as MTS, HSH, e PID.					
					Incentivar os debates sobre o uso do preservativo nos comités de saúde e de co-gestão.					
Aconselhamento sobre o uso de lubrificantes compatíveis com o preservativo, com especial ênfase para os utentes que tenham relações sexuais anais.	✓	✓	✓	✓	Fazer a demonstração do uso correcto do lubrificante compatível com o preservativo e educar sobre suas vantagens nas consultas de ITS, ATS, SAAI, TARV e PI, para os utentes das populações-chave.			Provedor de saúde		
					Distribuir lubrificantes aos membros das populações-chave juntamente com preservativos.					

Promoção da redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas.	✓	✓	✓	✓	Educar os utentes sobre os riscos associados ao uso abusivo do álcool e outras drogas, através de palestras nas salas de espera e de aconselhamento direccionado após avaliação de comportamentos de risco.			Provedor de saúde	Provedor de saúde		
	✓	✓	✓	✓	Educar os utentes HIV+ sobre os riscos da interacção medicamentosa entre álcool, drogas e ARV, através do desenvolvimento de job aids específicos.						
					Integrar os Educadores de Pares das populações-chave em actividades de educação para a saúde nas US, incluindo-os nos planos de palestra mensais.	Supervisor Provincial do HIV		US	US		
					Aconselhar os utentes das populações-chave a aderir ao ATS.						
Promoção activa do Aconselhamento e Testagem para o HIV em todos os utentes das populações-chave.	✓	✓	✓	✓	Implementar o guião de avaliação de comportamentos de risco das populações-chave nas feiras de saúde e brigadas móveis promovidas pelas US com foco na promoção do ATS.	DPS		US Provedor de saúde	US Provedor de saúde		
					Apoiar tecnicamente os Educadores de Pares das populações-chave a promoverem o ATS nas suas actividades de educação em saúde na comunidade.					Parceiros	
					Testar o estado serológico dos utentes das populações-chave segundo as orientações específicas contidas nas directrizes nacionais do ATS			Provedor de saúde	Provedor de saúde		

Conscientização sobre a importância da adesão ao tratamento das ITS, incluindo os parceiros e outros contactos sexuais como forma de quebrar a cadeia de transmissão e melhorar a sua qualidade de saúde.	✓						Parceiros
	✓						
	✓						
	✓						
Desenvolver e disseminar materiais educativos que retratem os riscos das ITS e da não-adesão ao tratamento das ITS.	PNC ITS-HIV/SIDA DEPROS						
	Incluir o tema sobre adesão ao tratamento das ITS e do tratamento dos contactos/parceiros nos planos de palestras e sessões de educação em saúde nas salas de espera e nas intervenções de seguimento pelos provedores de saúde e Educadores de Pares.			US	US		
	Apoiar tecnicamente os Educadores de Pares das populações chave para qualificar as suas intervenções comunitárias sobre educação em saúde relativas às ITS.						Parceiros
	Incluir o tópico das ITS (diagnóstico e tratamento dos casos e contactos) nas agendas dos comités de co-gestão para fortalecer o papel dos líderes comunitários na mobilização comunitária para boas práticas de saúde.				US Provedor de saúde	US Provedor de saúde	
Fomentar a disseminação de mensagens sobre ITS e comportamentos de risco nas rádios comunitárias e outros canais de comunicação social.						DPS	DDSMAS Parceiros

7

INTERVENÇÕES BIO-MÉDICAS PARA O SECTOR da SAÚDE	MTS	HSH	PID	RECLUSOS	ACTIVIDADES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADES					
						MISAU	DPS	US Cuidados Primários	US com TARV	Outras instituições do Governo	Sociedade Civil (SC) e Parceiros
Priorização da distribuição de preservativos (masculino e feminino) para todos os utentes das populações-chave, independentemente do motivo que os traz à US e do seu estado serológico.	✓	✓	✓	✓	Desenvolver orientações específicas para os provedores de saúde para que, de modo pro-activo, ofereçam preservativos em número compatível com as necessidades de cada população.	PNC ITS-HIV/SIDA GT Populações-chave					
					Asegurar a inclusão das necessidades de preservativos nos processos de requisição dos insumos para as US.			US	US		
Garantia da distribuição de lubrificantes compatíveis com o preservativo, com especial atenção aos utentes que referem praticar relações sexuais anais.	✓	✓	✓	✓	Desenvolver orientações específicas para os provedores de saúde para que de modo pro-activo ofereçam lubrificantes em número compatível com as necessidades de cada população.	PNC ITS-HIV/SIDA GT Populações-chave					
					Realizar o teste de HIV a todos os utentes das populações-chave, com o seu consentimento, independentemente do motivo que os traz ao serviço.						
Oferta dos serviços de ATS para os utentes das populações-chave segundo as normas do SNS, seja através do ATIP, do ATIU, ou do ATS-C, independentemente do motivo que os traz ao serviço.	✓	✓	✓	✓	Asegurar sigilo a todos os utentes das populações-chave que recebem o resultado do teste de HIV.			Provedor de saúde	Provedor de saúde		
					Educar os utentes para que utilizem o espaço do comité de co-gestão para reportarem quebras de sigilo e discriminação.						

					Supervisor de ITS e HIV	Provedor de saúde	Provedor de saúde			
Garantia da qualidade de tratamento das ITS, TB e Hepatites para os membros das populações-chave.	✓	✓	✓	✓	Rastrear, diagnosticar e tratar as ITS nas suas diferentes manifestações (orais, genitais e anais), garantindo o diagnóstico e tratamento do(s) parceiro(s) sexual(is).					
					Formação (ver intervenções estruturais).					
					Incluir os HSH como um grupo prioritário para acesso à vacina anti-HepB de modo gratuito.	PAV				
Promoção do acesso aos serviços de circuncisão médica masculina segundo os parâmetros definidos pelo SNS, como forma de reduzir a possibilidade de infeção pelo HIV em homens com práticas heterossexuais não-circuncidados.					Rastrear todos os membros das populações-chave para TB, independentemente do motivo que os traz às US.		Provedor de saúde			
		✓			Referir de forma pro-activa o serviço de CM para todos os membros das populações-chave que sejam HIV- após o ATS.		Provedor de saúde			
Garantia do acesso das populações-chave à profilaxia pos-exposição (PPE), para casos de violência sexual segundo os protocolos definidos pelo SNS.	✓	✓	✓	✓	Oferecer PPE às populações-chave de acordo com as normas do SNS.	Programa Nacional de ITS e HIV Comité TARV Programa de VBG				
Promover o acesso ao TARV, segundo as normas e protocolos definidos pelo SNS, a todos os utentes das populações-chave.	✓	✓	✓	✓	Oferecer o TARV a todos os utentes das populações-chave segundo as normas nacionais.		US	US		
Assegurar o acesso universal ao TARV (independentemente dos indicadores de elegibilidade) segundo as normas definidas pelo SNS.	✓	✓	✓		Oferecer o TARV universal entre HSH e MTS, independentemente dos critérios clínicos de elegibilidade.	Programa Nacional de ITS e HIV & Comité TARV		US		

Aumento do acesso de indivíduos das populações-chave e seus/suas parceiros/as sexuais aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo PF, PTV, cancro da colô do útero e mama, cancro da próstata, e cuidados completos de aborto, segundo as normas definidas pelo SNS.	✓	✓	✓	✓	Oferecer serviços de saúde sexual e reprodutiva às populações-chave.			US Provedor de saúde	US Provedor de saúde		
					Apoio técnico para a implementação correcta dos fluxogramas integrados de atenção à saúde das populações-chave nas US.	Supervisor provincial de HIV					Parceiros
					Produzir job aids para os técnicos de psiquiatria onde eles aprendem sobre o aconselhamento dos membros das populações-chave.	GT Populações-chave & Saúde Mental					
	✓	✓	✓	✓	Referir os utentes das populações-chave para os serviços de saúde mental, havendo essa indicação.			US Provedor de saúde			
Aumento do acesso aos serviços de saúde mental entre as populações-chave.					Identificar os utentes das populações-chave nos instrumentos de registo de dados da saúde mental.			US Provedor de saúde			

INTERVENÇÕES ESTRUTURAIS PARA O SECTOR DA SAÚDE	MTS	HSH	PID	RECLUSOS	ACTIVIDADES RECOMENDADAS	RESPONSABILIDADES					
						MISAU	DPS	US de Cuidados Primários	US com TARV	Outras instituições do Governo	Sociedade Civil (SC) e Parceiros
Incluir na Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde e nos Pacotes Integrados de Serviço e de Formação Contínua na Área de Saúde Reprodutiva/Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente & Jovem, elementos que abordem as necessidades e interesses específicos das populações-chave na epidemia do HIV.	✓	✓	✓	✓	Revisão de ambas as estratégias, e seus documentos co-relacionados.	GT Populações-chave					
					Integrar as necessidades das populações-chave nas estratégias.		IdFs CFS				x
Avaliar periodicamente as necessidades de expansão da rede sanitária e oferta de serviços de saúde abrangentes e integrados em zonas de maior concentração de populações-chave (corredores, portos, zonas turísticas, entre outros).					Incluir questões sobre as necessidades de saúde das populações-chave nos guíões e orientações de avaliação de necessidades de saúde ao nível dos distritos e províncias, de modo a reportar o processo de planificação distrital e provincial.	DPC	DPS/ DPC				
					Fazer advocacia para incluir nas prioridades anuais do MISAU questões específicas das populações-chave.	DNAM					
					Assegurar o registo e utilização dos dados de atendimento das populações-chave para a planificação da oferta de serviços.	DNAM	DPC	US	US		
	✓				Desenvolver exercícios de mapeamento e de auscultação ao nível provincial e distrital sobre a necessidade de ampliação da oferta de serviços de atendimento às populações-chave.		DPS				Parceiros

Produção de material de apoio como job aids para apoiar novas práticas de atenção integrada aos utentes nas US, de forma a activamente identificar comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas, particularmente a partilha de seringas e agulhas, história prévia de ITS, uso do preservativo e lubrificantes, e situações de violência sexual.	✓	✓	✓	✓	Identificar os job aids prioritários (com foco em ITS, ATS, TB, SAAI, SMI, PF, PP, Saúde Mental, Cânceros, Hepatites).	GT Populações-chave					Parceiros
					Actualizar/harmonizar e/ou desenvolver job aids nos diferentes programas.	GT Populações-chave, DEPROS, Programas					Parceiros
					Incluir o lubrificante na lista dos medicamentos e insumos essenciais do MISAU.	CMAM					
					Assegurar que os sistemas logísticos de distribuição sejam efectivos para responder às necessidades das populações-chave.	CMAM					Parceiros
Assegurar a disponibilidade de lubrificantes compatíveis com o preservativo ao nível do sistema (na cadeia de provisão, nas US, na comunidade)	✓	✓	✓	✓	Incluir nos job aids a serem desenvolvidos a orientação para se distribuírem activamente preservativos e lubrificantes.	GT Populações-chave					
					Desenvolver mecanismos de registo da distribuição pro-activa dos clínicos para os utentes de lubrificantes e preservativos nas US (incluir nos livros de ITS, Consulta Externa, Triagem, HIV, SAAI, ATS, TB).	GT Populações-chave, Dep. Farmácia Hospitalar, DPC/DIS					
Encorajar a participação de representantes das populações-chave nos comités de co-gestão, comités de saúde e outros fóruns de auscultação, para inclusão de suas necessidades e interesses nas discussões e recomendações para o sector de saúde.					Incluir nas orientações dos comités de co-gestão a recomendação para a inclusão de representantes das populações-chave.	DNAM/ PNC ITS-HIV/SIDA					
	✓	✓	✓	✓	Promover os comités de co-gestão como espaço de notificação/denúncia de situações de discriminação nas US.		DPS Supervisor Provincial	US	US		Parceiros

Elaboração de uma política nacional de saúde prisional, em colaboração com o Ministério da Justiça, que inclua o acesso a insumos de prevenção do HIV e ITS, acesso a serviços de Cuidados e Tratamento para reclusos no sistema prisional.						MISAU	Actualizar do memorando de entendimento entre o MISAU e o Ministério da Justiça (MdJ).						
						DNAM, DPC, GT Populações-chave	Apoiar o desenvolvimento da política nacional de saúde prisional.					MdJ	
					✓	DNAM/ PNC HIV/ SIDA GT Populações-chave	Assegurar a implementação das recomendações para a integração da informação sobre os reclusos atendidos nas US dentro do SIS à luz da política nacional de saúde prisional.					MdJ	
						DNAM/ PNC HIV/ SIDA GT Populações-chave	Desenvolver instrumentos de registo de saúde, com a selecção dos indicadores a serem reportados (SML, TB, HIV, ITS, ATS, PP).					MdJ	
Desenvolvimento de políticas/estratégias para terapias alternativas para os usuários de drogas injectáveis, de modo a assegurar os aspectos de prevenção, tratamento e cuidados do HIV.					✓	Programas	Apoiar o Departamento de Saúde Mental na elaboração de políticas/estratégias de tratamento de pessoas que injectam drogas.						
						Dept. Saúde Mental, PNC ITS-HIV/SIDA GT Populações-chave							

Anexo 5. Intervenções da responsabilidade do sector da saúde (SERNAP)

Intervenções Comportamentais	Actividades
Rastreo de comportamentos de risco sexual com o apoio dos instrumentos desenvolvidos pelo SNS (enfoque nas práticas sexuais de risco e episódios de violência sexual) a todos os utentes das US, independentemente do motivo que os traz à US.	Adaptar o actual guião de avaliação de risco para a população-chave, de forma a contemplar informação sobre factores de risco sexual por parte dos reclusos.
	Implementar a ficha de avaliação de saúde do recluso à sua entrada no estabelecimento penitenciário em todas as penitenciárias.
Promoção do uso correcto e consistente do preservativo (masculino e feminino), independentemente do estado serológico do indivíduo, em todas as relações sexuais tanto com parceiros/as fixos/as como parceiros/as ocasionais e/ou comerciais.	Fazer a demonstração do uso correcto e consistente do preservativo masculino e feminino nas penitenciárias para educar os utentes sobre a sua importância.
	Disponibilizar preservativos aos postos de saúde dos estabelecimentos penitenciários.
	Incentivar debates sobre o uso do preservativo nos comités de gestão de saúde das penitenciárias.
Prevenção do HIV nas instituições penitenciárias.	Educar o profissional de saúde sobre o risco pela infecção do HIV e as medidas de prevenção.
	Elaborar programas de educação sanitária sobre o HIV e outras ITS que respondam às necessidades dos reclusos.
	Estabelecer prioridades para os aspectos comportamentais que devem ser transformados paulatinamente para diminuir a vulnerabilidade e, com isso, o risco de infecção pelo HIV.
	Determinar as acções e recursos necessários para desenvolver um programa de educação sanitária, identificando as principais lacunas e carências da população prisional quanto à prevalência do HIV e estabelecendo prioridades.
	Fazer uma avaliação sobre os factores sociais, psicológicos, culturais, económicos, religiosos e educativos que poderão tornar-se factores determinantes de saúde.
Promoção activa do Aconselhamento e Testagem para o HIV.	Aconselhar os reclusos para adesão ao ATS.
	Incluir no guião de avaliação os factores de risco sexual que podem ser abordados durante as feiras de saúde e brigadas móveis nas penitenciárias.
	Apoiar tecnicamente os educadores de pares dos reclusos a promoverem o ATS dentro das suas actividades de educação em saúde, junto à população penitenciária.
	Testar a incidência do HIV em todos os reclusos com comportamento sexual de risco segundo as orientações específicas das directrizes nacionais do ATS, com o seu consentimento assegurado.
Consciencialização sobre a importância da adesão ao tratamento das ITS, incluindo os parceiros e outros contactos sexuais como forma de quebrar a cadeia de transmissão e melhorar a sua qualidade de saúde.	Desenvolver e disseminar materiais educativos que retratem os riscos e da não-adesão ao tratamento das ITS.
	Incluir o tópico das ITS (prevenção, diagnóstico e tratamento incluindo dos contactos) na agenda dos comités de saúde para fortalecer o papel da equipa de saúde, dos decisores e educadores de pares na mobilização para boas práticas.
	Apoiar tecnicamente os EP das PC para qualificarem as suas intervenções sobre educação em saúde relativa às ITS, mediante a elaboração de um programa central sobre as infecções de transmissão sexual que definem os seguinte aspectos:
	- Quem deve fazer? - A quem deve oferecer? - Como deve ser oferecido?

Desenvolver um programa para a redução de danos, definindo as vulnerabilidades, as ameaças e os riscos, com foco na vulnerabilidade individual. Os danos poderão ser reduzidos desta forma, incluindo a redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas.	Desenvolver materiais de educação em saúde para aumentar a percepção de risco sobre a contaminação de ITS e HIV.
	Desenvolver job aids para apoiar os provedores de saúde na sua intervenção, assegurando a qualidade da mesma, tanto nos postos de saúde dentro e fora das penitenciárias.
	Determinar a prevalência dos transtornos ou doenças mentais com comportamentos de risco sexual e assegurar a atenção especializada, a fim de reduzir os danos.
	As equipas de saúde devem educar os reclusos sobre os riscos associados ao consumo abusivo de álcool, substâncias psicotrópicas, alucinogénicas e outras drogas, através de palestras dirigidas à redução da dependência e danos resultantes.
	Educar os reclusos HIV+ sobre os riscos de interacção medicamentosa entre álcool, drogas e ARV com o objectivo de reduzir os danos que podem advir.
	Integrar os pontos focais dos educadores de pares das penitenciárias nos encontros de planificação da US de referência para promover actividades que abranjam a população penitenciária.
Intervenções Bio-médicas	Actividades
Priorização da distribuição de preservativos (masculino e feminino) para todos os reclusos, independentemente do motivo que os traz à US e do seu estado serológico para o HIV.	Desenvolver orientações específicas para os provedores de saúde (dentro e fora das penitenciárias) para que, de modo pro-activo, ofereçam preservativos aos reclusos.
	Assegurar a inclusão das necessidades de preservativos nos processos de requisição de insumos para as US (dentro e fora das penitenciárias).
Oferta dos serviços de ATS para os reclusos segundo as normas do SNS, seja através do ATIP, do ATIU ou do ATS-C, independentemente do motivo que os traz ao serviço	Oferecer e fazer o teste de HIV a todos os reclusos, independentemente do motivo que os traz aos serviços, respeitando sempre o seu consentimento.
	Assegurar sigilo a todos os reclusos que recebem o resultado do teste de HIV.
	Educar os EP a utilizarem o espaço dos comités de saúde no contexto penitenciário para a denúncia de quebras de sigilo e situações de discriminação.
Garantir a qualidade do tratamento das ITS, TB	Rastrear, diagnosticar e tratar as ITS nas suas diferentes manifestações (orais, genitais e anais), garantindo o diagnóstico e tratamento do/s parceiro/s sexual/is.
	Incluir todos os provedores afectos às penitenciárias nas sessões de actualização técnica, reciclagem ou formação, realizadas pelo sector da saúde.
	Rastrear todos os reclusos para TB com manifestações respiratórias, independentemente do motivo que os traz às US, assegurando ainda a referência para a realização de análises bacteriológicas.
	Oferecer a testagem do HIV a todos os reclusos com Tuberculose, mantendo-os isolados na fase intensiva da doença.
Promoção do acesso aos serviços de circuncisão médica masculina segundo os parâmetros definidos pelo SNS, de forma a reduzir a possibilidade de infecção pelo HIV em homens com práticas heterossexuais não-circuncidados.	Referir os utentes reclusos interessados para as brigadas móveis de circuncisão médica masculina.

Garantia do acesso à profilaxia pós-exposição (PPE), para casos de violência sexual segundo os protocolos definidos pelo SNS	Oferecer PPE aos reclusos de acordo com as normas do SNS.
Promover o acesso ao TARV segundo as normas e protocolos definidos pelo SNS a todos os utentes das populações-chave.	Oferecer o TARV a todos os membros das populações-chave a viver com HIV segundo as normas nacionais.
	O pessoal de saúde dos centros penitenciários, e os que forem designados pelas DPS, têm a obrigação de supervisionar e controlar a adesão ao TARV.
	As equipas de saúde dos centros penitenciários devem solicitar, mediante documentos, a alimentação dos reclusos que estão a fazer o TARV em coordenação com as ONG.
	Os doentes HIV+ debilitados, desnutridos e co-infectados com TB procederão ao TARV independentemente do CD4.
Aumento do acesso de indivíduos das PC e seus/suas parceiros/as sexuais aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo PF, PTV, cancro do colo do útero, cancro da mama, cancro da próstata e cuidados pós-aborto, segundo as normas definidas pelo SNS.	Oferecer serviços de saúde sexual e reprodutiva para os reclusos/as.
	Apoio técnico para a correcta implementação dos fluxogramas de atenção à saúde dos reclusos nas US.
Aumento do acesso aos serviços de saúde mental entre reclusos.	Aumentar a cobertura da assistência aos serviços de saúde mental, permitindo determinar a prevalência das doenças mentais entre a população prisional e definir os casos com patologias psiquiátricas que determinem a compatibilidade com o regime penitenciário e a viabilidade da sua avaliação médico-legal.
	Capacitar os técnicos de psiquiatria para que estejam habilitados a exercer Psiquiatria Carcerária e Psicopatologias Médico-legais, a fim de melhorar o desempenho das suas funções.
	Referir todos os reclusos/as aos serviços de saúde mental sempre que surgir a necessidade, em coordenação com o sector Penal, Reintegração Social e Saúde, cumprindo as medidas de segurança estabelecidas.
	Catalogar os doentes mentais, de acordo com o grau de gravidade que apresentam, oferecendo um tratamento individual de acordo com a patologia apresentada. E assegurar a identificação dos utentes reclusos/as nos instrumentos de registo de dados de saúde mental em todas as US.
Intervenções Estruturais	Actividades
Incluir na Estratégia Nacional para a Melhoria da Qualidade e Humanização dos Cuidados de Saúde 2011-2014 e nos Pacotes Integrados de Serviço e de Formação Contínua aspectos ligados ao comportamento humano.	Revisão das estratégias e outros documentos co-relacionados.
	Integrar as necessidades dos reclusos/as nas estratégias.
Avaliar periodicamente as necessidades de expansão da rede sanitária e oferta de serviços de saúde abrangentes e integrados em zonas de maior concentração de reclusos nas penitenciárias.	Incluir as questões sobre as necessidades de saúde das reclusas e reclusos nos guiões e orientações de avaliação de necessidades de saúde ao nível dos distritos e províncias, de modo a informar o processo de planificação e coordenação distrital e provincial.
	Advogar para incluir nas prioridades anuais do MISAU questões específicas dos reclusos e reclusas.
	Assegurar o registo, sistematização e utilização dos dados de atendimento dos reclusos e reclusas para planificação da oferta de serviços.
	Mapear e auscultar, ao níveis provincial e distrital, sobre a necessidade de ampliação da oferta de serviços de atendimento aos reclusos/as no sector penitenciário.

Definição de padrões e conteúdos mínimos sobre atendimento à população de reclusos/as para os currículos de formação inicial e contínua dos provedores de saúde. Conteúdos: Direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos; sexualidade humana, orientação sexual, identidade de género; género e violência baseada no género; vulnerabilidade e populações-chave; estigma e discriminação; HIV e SIDA, ITS, TARV e PTV; anamnese para avaliação de risco de infecção pelo HIV, outras ITS e violência baseada no género; ética e deontologia profissional; aconselhamento e testagem em saúde; exame físico para despiste de ITS orais, genitais e anais; integração de HIV e saúde sexual e reprodutiva; redução de danos; prevenção positiva, adesão ao TARV, casais sero-discordantes.	Fazer um levantamento dos pacotes de formação contínua existentes.
	Avaliar os currículos de formação existentes ao nível dos Institutos de Formação em Saúde (IdFs), de forma a incluir informação sobre o sector penitenciário.
	Desenvolver currículos mínimos de formação que atendam às necessidades específicas dos reclusos/as, adaptados à realidade de cada curso.
	Assegurar a inclusão de conteúdos específicos que permitam uma prestação de serviços de saúde com qualidade aos reclusos/as nos novos pacotes de formação contínua.
	Tornar transversais tópicos relacionados com o atendimento das PC, adaptando-os ao contexto penitenciário nos pacotes de formação contínua existentes.
	Incluir na planificação provincial, uma formação contínua que inclua conteúdos específicos que assegurem um atendimento adequado aos reclusos/as.
Produção de material de apoio como job aids para apoiar novas práticas de atenção integrada aos utentes nas US, de forma a activamente identificar comportamentos sexuais de risco, consumo de drogas, particularmente a partilha de seringas e agulhas, história prévia de ITS, uso do preservativo e lubrificantes, e situações de violência sexual.	Capacitar provedores afectos às penitenciárias em formação inicial e formação contínua conforme os pacotes de formação definidos.
	Identificar os job aids prioritários (com foco em ITS, ATS, TB, SAAJ, SMI, PF, PP, Saúde Mental, Cancros, Hepatites).
Encorajar a participação de representantes das populações-chave nos comités de co-gestão, comités de saúde e outros fóruns de auscultação, para inclusão de suas necessidades e interesses nas discussões e recomendações para o sector de saúde.	Actualizar/harmonizar e/ou desenvolver job aids nos diferentes programas.
	Incluir os funcionários das penitenciárias (pontos focais ou chefes de departamento de saúde) nos encontros dos comités de co-gestão de saúde distrital e provincial.
Actualizar os protocolos, normas e manuais do serviço de ATS para inclusão de aspectos específicos das populações-chave.	Promover os comités de co-gestão (nas US) e os comités de saúde (sector penitenciário) como espaços de notificação/denúncia de situações de discriminação nas US e nos postos de saúde internos das penitenciárias.
	Rever os manuais de formação.
Elaboração de uma Estratégia Nacional de Saúde Penitenciária, em colaboração com o Serviço Nacional Penitenciário que inclua o acesso a insumos de prevenção do HIV e ITS, acesso a serviços de cuidados e tratamento para reclusos/as do sistema penitenciário.	Rever a Directriz Nacional de ATS.
	Actualizar o Memorando de Entendimento entre o MISAU e o Serviço Nacional Penitenciário e rever a Medida de Novas Necessidades de Atenção em Saúde Voltada para os Reclusos/as.
	Apoiar o desenvolvimento de uma política nacional de saúde penitenciária que se foque nas necessidades de atenção de saúde para a população penitenciária.
	Assegurar a implementação das recomendações para a integração da informação sobre os reclusos/as atendidos nas US dentro do SIS, à luz da política nacional de saúde penitenciária.
	Adaptar e institucionalizar os comités de saúde no sistema penitenciário, de modo que a cooperação entre o sector da saúde e o sector penitenciário seja consolidada através do reforço das acções de saúde no âmbito penitenciário.
	Desenvolver sistema de referência e contra-referência de encaminhamentos dos reclusos/as no acesso à Prevenção, Cuidados e Tratamento do HIV e TB.
	Definir mecanismos de coordenação entre o sector da saúde, dentro e fora das penitenciárias, com o sector da penitenciária, sobre a transferências de reclusos/as para os hospitais centrais e/ou outro estabelecimento penitenciário.
	Desenvolver instrumentos de registo de saúde, com a selecção dos indicadores reportados (SMI, TB, HIV, ITS, ATS, PP).

Anexo 6. *Lista das unidades sanitárias para implementação do pacote Completo*

Cabo Delgado	Centro de Saúde de Natite	Maputo Cidade	Centro de Saúde Alto-Maé
	Hospital Rural de Montepuez		Centro de Saúde do Porto
Niassa	Centro de Saúde de Cuamba	Maputo Província	Centro de Saúde Matola II
	Centro de Saúde de Mandimba		Centro de Saúde Ressano Garcia
Nampula	Centro de Saúde 1º de Maio	Gaza	Centro de Saúde Chokwe
	Centro Urbano de Nacala Porto		Centro de Saúde Macia
Zambézia	Centro de Saúde 24 de Julho	Inhambane	Hospital Distrital de Massinga
	Centro de Saúde Mocuba Sede		Centro de Saúde Maxixe
Tete	Centro de Saúde Número 2	Sofala	Centro de Saúde da Munhava
	Centro de Saúde de Changara		Centro de Saúde Ponta-Gêa
Manica	Centro de Saúde Inchope		
	Centro de Saúde Eduardo Mondlane		

