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

ESTRATÉGIA DE GRUPOS DE APOIO E ADESÃO COMUNITÁRIA

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

ESTRATÉGIA DE GRUPOS DE APOIO E ADESÃO COMUNITÁRIA

2015

Ficha técnica

Ministério da Saúde
Dr. Ussene Hilário Isse
Drª Rosa Marlene Cuco
Drª. Aleny Couto
Drª. Vânia Macome
Drª. Florbela Bata
Drª. Ema Chuva
Dr. Joseph Lara
Dr. José Tique
Dra. Noela Chicuecue
Dr Armando Bucuane

Parceiros
MSF: Tom Decroo, Daniel Remartinez, Jacob Maikere, Cídia Hussein, Elkin Bermudes
USAID: Hanise Sumbana
CDC: Kebba Jobarteh; Inácio Malimane; Paula Samo Gudo

Colaboradores
Conselheiros MSF:
Sérgio Dezembro, Rajá Reis, Nunes Viola, Eduardo Dinda
Especial colaboração de:
Margarida Smith e Lídia dos Santos

Capa
Ricardo Timbe

Revisão Linguística
Rui Manjate

Layout
Danilo da Silva

Agradecimentos

Agradecimento especial as Direcções Provinciais de Saúde que apoiaram todo o processo desde o piloto da estratégia onde juntos conseguimos identificar os desafios para uma melhor implementação a escala nacional.

Agradecimentos a todos os parceiros que apoiaram na implementação do piloto desta estratégia que culmina com a expansão nacional da mesma.

Á DPS Tete e MSF por partilharem a experiência que acreditamos que irá ajudar na retenção dos pacientes em TARV.

Índice

INTRODUÇÃO 10

CONTEXTO: VISÃO GERAL DA EPIDEMIA DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE 12

RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA 13

PRINCIPAIS DESAFIOS 14

PRIORIDADES NACIONAIS 15

ESTRATÉGIA DE GRUPOS DE APOIO À ADESÃO COMUNITÁRIA (GAAC) 17

IMPLEMENTAÇÃO: GRUPOS DE APOIO À ADESÃO COMUNITÁRIA (GAAC) 23

MONITORIA E AVALIAÇÃO 36

PESQUISA OPERACIONAL 37

LISTA DE REFERÊNCIAS 38

Prefácio

A epidemia do HIV constitui uma das maiores ameaças ao povo moçambicano. Cerca de um milhão de moçambicanos estão infectados pelo HIV, o que constitui uma prevalência de 11, 5%.

Com a implementação do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV, houve uma rápida expansão do tratamento e um aumento do número de unidades sanitárias a prover o TARV. Estes avanços são reconhecidos, o que demonstra a preocupação do nosso Governo em promover o acesso à saúde bem como oferecer serviços de qualidade aos utentes.

Reconhecendo os problemas envolvidos na perda de paciente em TARV, estratégias inovadoras surgem na tentativa de reter os pacientes na unidade sanitária. A estratégia de grupos de apoio e adesão comunitária vem como uma iniciativa baseada na comunidade, para melhorar os níveis de retenção dentro da unidade sanitária.

Referir que a mesma dá suporte aos pares, abordando aspectos sociais que não são abordados pelo profissional de saúde. A estratégia também toma em consideração a diminuição da carga de trabalho dentro da unidade sanitária pela diminuição de números de consultas, o que conduzirá a um atendimento mais humanizado e com qualidade.

Neste âmbito, esperamos que a estratégia seja de grande utilidade para os profissionais de saúde e para os pacientes, pois permitirá orientar para os vários aspectos ligados à implementação da estratégia que deverão ser acautelados no terreno, para garantir a qualidade de serviços prestados e atingir o objectivo principal que é a retenção dos pacientes nos cuidados e tratamentos, através de estratégias comunitárias que incentivam o envolvimento comunitário.

Nosso maior valor é a vida!

Maputo aos 14 de Agosto de 2014

Ministro da Saúde

Dr. Alexandre L. Jaime Manguele

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da década passada , Moçambique realizou avanços encorajadores na resposta à epidemia do HIV e SIDA, mas com uma estimativa de 1,6 milhões de pessoas vivendo com HIV/SIDA e 120.000 novas infecções por ano, a epidemia continua a representar uma emergência de Saúde Pública.[1]De acordo com o Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA de 2009 (INSIDA 2009), 11,5% da população entre os 15 e 49 anos de idade está infectada pelo vírus do HIV. [2]Estes dados colocam Moçambique entre os 10 países mais afectados pela pandemia no Mundo, [1]situação que contribui para elevados índices de morbilidade e mortalidade na população geral e nos grupos de maior risco. Nos últimos anos, as necessidades em recursos para a provisão de cuidados de saúde aumentou consideravelmente devido ao peso acrescido do HIV e SIDA sobre o Serviço Nacional de Saúde (SNS). Houve necessidade de expandir e melhorar o acesso aos cuidados e tratamento para HIV e SIDA, e descentralizar os serviços de saúde como forma de minimizar o impacto negativo desta epidemia sobre o estado de saúde da população.

11.5% da população entre os 15 e 49 anos de idade está infectada pelo vírus do HIV

Para além do esforço que vem sendo realizado pelo Ministério da Saúde (MISAU) para aumentar o acesso a cuidados e tratamento, garantir a retenção dos pacientes em tratamento antiretroviral (TARV) a longo prazo tem sido uma das preocupações que tem levado o MISAU a implementar estratégias inovadoras para solucionar as várias barreiras e desafios inerentes ao TARV. Neste documento, pretende-se dar uma visão geral sobre o panorama do HIV e SIDA em Moçambique e a resposta nacional à epidemia; pretende-se ainda abordar os desafios mais importantes à expansão do acesso a cuidados e tratamento e da retenção dos pacientes em TARV no SNS, e finalmente apresentar uma proposta para implementação a nível nacional de uma estratégia/intervenção inovadora para melhorar a retenção, os Grupos de Apoio à Adesão Comunitária. Esta estratégia é proposta para implementação a nível nacional na base dos resultados encorajadores obtidos no piloto que foi implementado em 10 províncias.

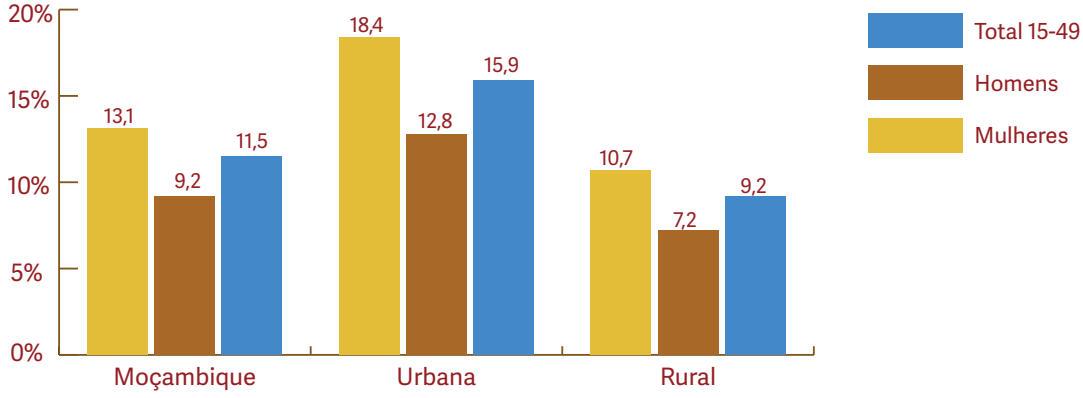
Esta estratégia é proposta para implementação a nível nacional na base dos resultados encorajadores obtidos no piloto que foi implementado em 10 províncias

2. CONTEXTO: VISÃO GERAL DA EPIDEMIA DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

A população moçambicana é estimada em 20.579.265 habitantes, de acordo com o Censo de 2007. Segundo as previsões do Instituto Nacional de Estatística,[3] para o ano de 2013 a população moçambicana passou para 24.3 milhões de habitantes, dos quais 52% são mulheres. A maior parte da população (70%) vive nas zonas rurais.[4]O estado de saúde da população tem sido agravado por várias doenças como a Malária, Tuberculose, Cólera e outras. O HIV/SIDA continua a ser uma das maiores ameaças ao desenvolvimento em Moçambique, com uma prevalência entre jovens e adultos (15-49 anos) estimada em 11,5%,[2] constituindo a principal causa de morte nesta faixa etária. Os resultados do INSIDA 2009 indicam que a prevalência do HIV e SIDA manteve-se constante em 11,5% entre os anos de 2008 e 2009, depois de ter mostrado uma tendência de subida de 8,6% a 11,5% entre 1997 e 2008. Segundo o relatório, os residentes em áreas urbanas têm prevalência de infecção por HIV mais alta (15,9%) comparativamente aos residentes em áreas rurais (9,2%) (*Figura 1*). Por outro lado, o inquérito mostra que as províncias com a prevalência mais elevada são: Gaza (25,1%), Província de Maputo (19,8%) e Cidade de Maputo (16.8%), todas da zona Sul do País; prevalências mais baixas (<10%) são verificadas nas províncias de Cabo Delgado, Inhambane e Tete; foram estimadas prevalências inferiores a 5% em Nampula e Niassa.[2]

O HIV/SIDA continua a ser uma das maiores ameaças ao desenvolvimento em Moçambique

Figura 1:*Prevalência da Infecção por HIV em Mulheres e Homens dos 15-49 anos*



3. RESPOSTA NACIONAL À EPIDEMIA

O Governo de Moçambique definiu no seu plano de redução da pobreza absoluta (PARPA) desenvolver acções face à rápida progressão do HIV e SIDA no país. Através do Plano Estratégico Nacional (PEN), várias intervenções têm sido implementadas como objectivo de melhorar o acesso aos serviços de saúde essenciais de forma equitativa e com qualidade, de modo a que o sector de saúde desempenhe o seu papel essencial na redução da pobreza no país. Em resposta à progressão da doença, em 2002, o MISAU introduziu o TARV no país; em 2005, após a assinatura da Declaração de Maputo, iniciou a aceleração da prevenção do HIV e adoptou a Declaração de Gaborone sobre o acesso Universal à Prevenção, Cuidados, e Apoio ao Tratamento. Posteriormente, em 2006, foi iniciada a descentralização dos serviços de saúde para os cuidados primários de saúde, tendo neste âmbito expandido o seu acesso de forma significativa para os 128 distritos do país.

O número de unidades sanitárias oferecendo o TARV cresceu de forma significativa, tendo aumentado de 211, em 2007, para 563 até Dezembro de 2013. Dados do MISAU indicam que o número de pacientes em TARV aumentou de 128.330, em 2008, para 497.455 até Dezembro de 2013, segundo o Relatório Anual do Programa Nacional de Controle de ITS-HIV/SIDA de 2013. Ao longo dos últimos cinco anos, para além da rápida expansão do acesso ao TARV, destaca-se também a melhoria das actividades de prevenção, advocacia, cuidados e tratamento e mitigação, incluindo a implementação de iniciativas de comunicação.

O número de unidades sanitárias oferecendo o TARV cresceu de forma significativa, tendo aumentado de 211, em 2007, para 563 até Dezembro de 2013s

4. PRINCIPAIS DESAFIOS

Estima-se que em Moçambique, a rede sanitária e serviços de saúde disponíveis continuam ainda insuficientes para responder às necessidades da população. Estudos mostram que apenas 50% da população tem acesso a um nível aceitável de cuidados de saúde, dentre os quais apenas 36% reside num raio de 30 minutos da unidade sanitária mais próxima.[4]Em consequência directa, o MISAU enfrenta vários desafios para aumentar o acesso a cuidados e tratamento e para garantir serviços de qualidade para os pacientes infectados.

longas distâncias percorridas para alcançar uma unidade sanitária, a falta de transporte e/ou de recursos para custear as despesas de deslocação, a alimentação deficiente, as longas horas de espera na unidade sanitária, assim como o estigma no seio da comunidade e até da unidade sanitária

A distribuição geográfica desigual das unidades sanitárias nas províncias, infra-estruturas limitadas e a falta de um sistema de referência adequado são um impedimento ao acesso universal aos cuidados de saúde. O país continua a enfrentar uma importante escassez de Recursos Humanos em Saúde (RHS).[5] Com base em uma comparação global efectuada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Moçambique apresentava uma densidade de 64.5 médicos, enfermeiros e enfermeiros de saúde materno infantil por cada 100.000 habitantes, o que o coloca longe da densidade mínima aceitável de 230/100.000.[6,7] A escassez de trabalhadores de saúde tem sido um factor decisivo que retarda os esforços do Governo de Moçambique na expansão e melhoria da prestação de serviços de saúde.

O MISAU tem como um dos seus principais objectivos garantir o acesso a cuidados e tratamento às pessoas vivendo com HIV. Apesar dos progressos assinaláveis no acesso, a capacidade de retenção em cuidados e tratamento com ênfase para a retenção em TARV, constitui um grande desafio. Actualmente as estratégias e intervenções implementadas no SNS para a melhoria da retenção em cuidados e tratamento estão centradas nas actividades de busca activa de pacientes faltosos e em abandono de tratamento. O foco nestas actividades tem um carácter reactivo (ao invés de pró-activo) tendo em conta que as buscas activas são efectuadas após o problema ter acontecido. Muitas vezes a identificação do paciente faltoso ocorre muito tempo após o início da irregularidade no tratamento; esta actividade exige recursos adicionais tais como recursos humanos, logísticos e capacidade para abranger áreas geográficas muitas vezes distantes. As buscas activas podem ser também afectadas por factores tais como o facto de os pacientes proverem endereços falsos por receio de estigmatização, ou por mudança de residência dos mesmos.

Em resumo, as longas distâncias percorridas para alcançar uma unidade sanitária, a falta de transporte e/ou de recursos para custear as despesas de deslocação, a alimentação deficiente, as longas horas de espera na unidade sanitária, assim como o estigma no seio da comunidade e até da unidade sanitária são os principais factores que contribuem para a ocorrência

do abandono ao TARV.[8,9]Soluções inovadoras têm sido implementadas pelo MISAU para reverter o risco exercido pelos factores mencionados acima; um exemplo de sucesso foram os resultados obtidos na implementação do piloto da estratégia de Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) a nível nacional onde o envolvimento activo dos pacientes no seu tratamento e a criação de uma plataforma de base comunitária para apoio à adesão melhorou a retenção dos pacientes pelo facto de permitir a identificação precoce dos potenciais faltosos, assim como a identificação e procura de soluções para as barreiras socioeconómicas que influenciam no tratamento.

5. PRIORIDADES NACIONAIS

O Plano Estratégico Nacional de resposta ao HIV e SIDA (PENIII 2010-2014) enfatiza a prevenção, os cuidados e tratamento, a redução do risco e vulnerabilidade, bem como a mitigação das consequências do HIV, com objectivo de reduzir o número de novas infecções, melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas e reduzir o impacto do SIDA.

A ESTRATÉGIA

6. ESTRATÉGIA DE GRUPOS DE APOIO À ADESÃO COMUNITÁRIA (GAAC)

A estratégia GAAC é uma iniciativa que foi pela primeira vez introduzida na província de Tete, em Abril de 2008. Os GAAC consistiam em grupos de até seis pessoas vivendo com HIV, inscritas nos cuidados e tratamento e que alternavam na ida para o serviço de saúde para levantar medicamentos para o grupo. Estes grupos reuniam-se uma vez por mês na sua comunidade para distribuição de medicamentos, preenchimento de um inquérito de saúde geral, definição do próximo membro a ir à unidade sanitária, contribuição para custear as despesas da viagem e discussão de soluções às barreiras sociais relacionadas ao HIV. Entre Fevereiro de 2008 e Maio de 2010, foram inscritos em GAAC 1.384 membros em 291 grupos, com uma média de cinco membros por grupo. Estes pacientes foram seguidos em média por 1 ano e durante este tempo, 1.269 (97,5%) continuavam em TARV.[10] Pelo facto de a estratégia apresentar excelentes resultados, foi posteriormente adoptada pelo Ministério da Saúde, em 2011.

A estratégia GAAC adoptada pelo MISAU foi inicialmente implementada sob a forma de piloto em todas as províncias com a excepção da província de Tete e durante um período de cerca de 30 meses. Cada província seleccionou 3 a 6 unidades sanitárias para fazer parte do piloto, tendo sido considerado para inclusão das mesmas factores como o volume de pacientes (>1.000; 500-1.000;<500),e a localização das unidades sanitárias (rural ou urbano). Durante o piloto, equipes de nível central realizaram visitas regulares de supervisão e assistência técnica. Para a avaliação dos resultados da implementação do piloto, foram seleccionadas 72 unidades sanitárias; um total de 5.581 pacientes inscritos em GAAC foi incluído na avaliação. Uma amostra de pacientes não inscritos em GAAC (5.581) mas em seguimento nas unidades sanitárias seleccionadas para avaliação foi definida para servir de grupo de comparação. Após 12 meses de seguimento, 91% dos pacientes em GAAC continuavam em seguimento, contra 78% dos pacientes no grupo de comparação. Após 30 meses de seguimento (final do período de avaliação), 71% dos pacientes em GAAC continuavam em seguimento, contra 46% no grupo de comparação.

Tabela 1: *Análise de retenção em TARV durante um período de 30 meses; comparação entre pacientes inscritos em GAAC e amostra emparelhada de pacientes não inscritos em GAAC*

Grupo de pacientes, n	Retenção em TARV				
	6 meses	12 meses	18 meses	24 meses	30 meses
Pacientes em GAAC, 5,581	96%	91%	86%	79%	71%
Grupo de Comparação, 5,581	88%	78%	67%	57%	46%

Com os resultados encorajadores demonstrados no piloto, pretende-se com a presente proposta adoptar a estratégia GAAC como uma estratégia nacional com vista a contribuir para a melhoria dos níveis de retenção dos pacientes em TARV, para além de benefícios inerentes à sua implementação, tanto para o paciente assim como para US.

Tabela *2: Benefícios da estratégia GAAC*

Para paciente e a comunidade	▪ **Menos tempo longe do trabalho e dos filhos;** ▫ *Menos viagens/ custo = mais tempo no trabalho;* ▫ *Menos viagens = mais tempo com a família;* ▪ **Redução do custo de viagem;** ▫ *Outros membros contribuem para custos da viagem ;* ▫ *Grupo de seis, reduz o custo em 80% para cada paciente ;* ▪ **Contacto com outros pacientes na mesma situação.**
Para o pessoal de saúde	▪ **Visitas dos doentes menos frequentes;** ▫ *GAAC com 6 membros, cada membro vai para US apenas 4 vezes por ano, em vez de 24;* ▫ *GAAC com 6 membros reduz o número de visitas clínicas (seguimento do HIV) de 72 por ano para 12 .*

6.1. OBJECTIVO GERAL:

- Melhorar a retenção dos doentes em TARV, através de um maior envolvimento dos próprios pacientes e criação de uma plataforma de base comunitária para o reforço à adesão.

6.2. OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

- Melhorar o acesso à retenção e a adesão dos pacientes ao TARV;
- Diminuir a sobrecarga de trabalho e melhorar a qualidade do seguimento dos pacientes HIV positivos;
- Promover a participação activa dos pacientes no levantamento e na distribuição dos medicamentos entre si e no controlo da adesão ao TARV;
- Estabelecer um sistema de alerta precoce para o rastreio de várias doenças;
- Identificar faltosos e reportar à US;
- Reduzir o peso da frequência regular à US por parte dos pacientes em TARV;
- Assegurar o apoio psicossocial entre pacientes em TARV;
- Melhorar a ligação entre a US e a comunidade.

6.3. PASSOS-CHAVE PARA A IMPLEMENTAÇÃO NACIONAL

6.3.1. AO NÍVEL CENTRAL

- Definir as linhas gerais para expansão e implementação nacional da estratégia GAAC;
- Estabelecer um sistema de seguimento, supervisão, monitoria e avaliação da implementação da estratégia.

6.3.2. AO NÍVEL PROVINCIAL

- Planificar a implementação faseada da estratégia GAAC a nível da província, incluindo a identificação e priorização das unidades sanitárias e o plano de formação.
- Identificar responsáveis dos GAAC ao nível da DPS e das US;
- Coordenar com parceiros locais para reproduzir e alocar instrumentos de monitoria e avaliação para o GAAC a nível de todas as US a prover estes serviços na província;
- Preparar as US para iniciar a actividade (Fichas/processos, fluxograma, oferta de pacote mínimo de serviços TARV, mecanismo para monitorar a adesão ao tratamento).
- Efectivar as visitas de supervisão e assistência técnica às unidades sanitárias a implementar o GAAC (periodicidade trimestral);
- Incorporar o GAAC nas visitas de supervisão regular;
- Assegurar a incorporação da estatística mensal do GAAC ao relatório TARV e enviar ao MISAU todos os meses.

6.3.3. NÍVEL DISTRITAL

- O Gestor distrital do Programa de ITS-HIV/SIDA deve responsabilizar-se pela implantação do GAAC a nível do distrito;
- Assegurar a existência de todas as ferramentas de monitoria e avaliação a nível das US a implementar o GAAC no distrito;
- Interagir com parceiros comunitários a nível do distrito na perspectiva de os mesmos colaborarem para a criação de demanda a nível das comunidades;
- Criar condições para que o ponto focal do GAAC a nível da US desloque-se à periferia no sentido de supervisionar os grupos a nível das comunidades;
- Interagir com as rádios comunitárias locais no sentido de difundir mensagens sobre as vantagens do GAAC.

6.3.4. NÍVEL DA US

- Identificar o ponto focal do GAAC a nível da US;
- Elaborar e implementar um fluxo de circulação dos pacientes do GAAC a nível da US e afixar em todos os serviços envolvidos:
    - Uma recomendação importante sobre o fluxo de pacientes a reter é que os mesmos devem realizar os exames laboratoriais cerca de três semanas antes da consulta, de modo que os mesmos estejam disponíveis para a consulta clínica na data programada.
- Incluir nas palestras diárias o tema sobre o GAAC e assegurar que o mesmo seja abordado todos os dias nos locais de maior concentração (farmácia, laboratório, recepção…);
- Afixar panfletos sobre o GAAC em todos os serviços;
- Realizar supervisões aos grupos GAAC aos dois níveis (US, Comunidade);
- Evitar que haja rotura dos instrumentos de monitoria e avaliação, para tal, deve-se reportar os stocks baixos atempadamente.

IMPLEMENTAÇÃO

7. IMPLEMENTAÇÃO: GRUPOS DE APOIO À ADESÃO COMUNITÁRIA (GAAC)

7.1. O MODELO

Será implementado um modelo em que os pacientes formam grupos de 3 a 6 pessoas com as seguintes especificações:

Fazer seguimento clínico do tratamento de acordo com o calendário clínico descrito nas normas de seguimento clínico do MISAU ([i]Guião do Tratamento Antiretroviral e de Infecções Oportunistas no Adulto, Adolescente, Grávida e Criança);

Responsabilizar-se pela colecta e distribuição dos ARV´s para os membros do grupo na comunidade, bem como a monitoria da adesão ao tratamento entre si.

7.2. GRUPO-ALVO

Os grupos-alvo são os adultos (maiores de 15 anos) HIV positivos já em TARV por mais de 6 meses. No entanto, nas situações em que existam mães acompanhadas de crianças como membros do grupo, estas serão responsabilizadas pelas consultas das crianças de acordo com as normas nacionais.

7.3. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

MEMBRO DO GRUPO SÃO SEGUINTES:

- Ter idade ≥ 15 anos;
- Ter conhecimento do seu seroestado para HIV;
- Estar em TARV (regime de primeira linha ou alternativo) há pelo menos seis (6) meses;
- Ter a contagem de CD4 acima de 200 cel/ul ou Carga viral abaixo de 3.000 cp/ml (se usado DBS);
- Ter nos últimos três meses levantado os seus medicamentos na farmácia nas datas previstas, com excepção dos pacientes não aderentes que poderão ser incluídos nos GAAC, mediante determinadas condições explanadas abaixo.
- Estar clinicamente estável e sem nenhuma condição activa do estádio III ou IV da OMS, tal como Tuberculose, Sarcoma de Kaposi ou Malnutrição Aguda.
- Mostrar interesse em fazer parte do grupo;

7.4. SELECÇÃO DOS MEMBROS DOS GRUPOS DE APOIO À ADESÃO COMUNITÁRIA (GAAC)

Os membros dos grupos serão avaliados para elegibilidade ao GAAC, ao nível da US e só após a aprovação do clínico do serviço TARV, cada membro poderá ser incluso no grupo.

Os pacientes são livres de aderirem ao grupo em função das afinidades sociais, culturais e relacionadas ao emprego, bem como por laços de parentesco e área geográfica de residência, devendo estar todos os elementos de um mesmo grupo inscritos na mesma unidade sanitária onde recebem o TARV.

Os pacientes têm a liberdade de escolher os integrantes do seu respectivo grupo, sendo que o número mínimo é de 3 pessoas e o máximo de 6 pessoas para cada grupo.

NOTA

Abre-se uma excepção à inclusão de pacientes que não sejam aderentes ao TARV, com vista a reforçar a adesão dos mesmos:

- Paciente em abandono ao TARV que retornem à unidade sanitária;
- Paciente demonstrar interesse para aderir ao GAAC;

A inclusão de pacientes não aderentes deve obedecer a seguinte proporção por cada Grupo:

- GAAC com 6 membros: Dois (2) membros podem ser não aderentes
- GAAC com 5 Membros: Um (1) membro pode ser não aderente
- GAAC com 4 membros: Um (1) membro pode ser não aderente
- GAAC com 3 membros: Nenhum (0) membro pode ser não aderente

Em cada grupo será definido um elemento como ponto focal e que será o responsável do grupo, elegido pelos membros do mesmo. Todos os membros realizam as tarefas e responsabilidades inerentes ao grupo de forma rotativa, como descrito abaixo.

7.5. COBERTURA GEOGRÁFICA

Todas as províncias do país serão cobertas por esta iniciativa e a estratégia será implementada nas US que oferecem TARV.

A estratégia deve ser expandida para todas as unidades sanitárias das sedes distritais que oferecem o TARV, mediante um plano previamente estabelecido.

Deve ser garantida a formação dos provedores destas US em matéria de gestão de GAAC (dentro e fora da US) antes da expansão para as mesmas.

7.6. TAREFAS E RESPONSABILIDADES

7.6.1. ORIENTAÇÕES PARA OS MEMBROS DO GRUPO

Nos casos em que membros do grupo tenham crianças: Uma vez que as crianças de 0 a 14 anos não fazerem parte do GAAC, todas as mães que tenham crianças nesta faixa etária devem assegurar que a testagem para o HIV e sua revelação seja realizada, bem como a referência para o seguimento em cuidados e tratamento, de acordo com as normas nacionais.

Nos casos em que a mulher engravida enquanto integrante do grupo: No caso de uma mulher pertencente a um GAAC em TARV engravidar, esta deverá sair da dinâmica activa do grupo para abordagem individual até à alta da criança na CCR. Mais a mesma pode continuar a participar dos encontros do grupo beneficiando, assim, das outras vantagens do GAAC, como o suporte para adesão, aconselhamento, deste modo, a mesma passa a ser um **membro passivo do grupo**.

Mensagens a transmitir aos membros do grupo após a formação do mesmo: Após a formação do grupo, identificação do ponto focal, todos os membros do grupo são instruídos pelo pessoal da US sobre:

- O funcionamento do GAAC, responsabilidades dos membros, do ponto focal do grupo e do pessoal da unidade sanitária;
- Quem e quando se deve fazer o levantamento, a distribuição e a contagem dos comprimidos ARV's;
- Monitoria da adesão e rastreio mensal do estado de saúde dos membros;
- A necessidade dos membros do grupo fazerem a consulta médica e as análises de rotina (CD4, Hemograma, Bioquímica...) de forma rotativa;
- Importância de continuarem aderentes ao tratamento;
- A possibilidade dos membros do grupo terem acesso à US sempre que for necessário;
- A existência e o funcionamento da ficha saldo para o GAAC, gerido pelo ponto focal do grupo;
- O Ponto focal do grupo é o responsável do grupo e o elo de ligação entre a unidade sanitária e o seu grupo e tem as seguintes tarefas:
    - Coordenar com a US todos os aspectos relativos aos cuidados e tratamento dos membros do seu grupo;
    - Transmitir aos membros do grupo, mensagens de aconselhamento para adesão a cada encontro do grupo;
    - Fazer o preenchimento das fichas de saldo de ARV's para controlar a adesão ao tratamento e entregá-las na US ou ao membro representante do grupo no referido mês;

- Realizar encontros mensais com o seu grupo e assegurar que o grupo se encontre pelo menos duas vezes ao mês, antes do representante deslocar-se à unidade sanitária e depois do mesmo voltar com os medicamentos.
- Coordenar a busca activa dos membros do grupo que faltem à consulta ou abandonem o tratamento;
- Recordar aos membros do grupo para irem à US obedecendo a rotatividade dentro do grupo;
- Referir os pacientes cujo estado de saúde requeira cuidados médicos; Toda a mulher grávida deve ser referida ao serviço de CPN;
- Recordar às mães a necessidade de levarem as suas crianças às consultas (CCR, TARV, TIO);
- Coordenar a integração de novos pacientes assegurando o máximo de seis membros em cada grupo;
- Coordenar a realização de aconselhamento para testagem dos filhos e parceiro(s);
- Promover a prevenção do HIV no seio dos familiares e parceiro(s), redução do risco de transmissão, do estigma e discriminação;
- Garantir o reporte mensal ao clínico que fará a consulta do membro do grupo na unidade sanitária em relação:
  - Saldo mensal de medicamentos, através da ficha saldo na posse do grupo;
  - Situação clínica dos membros do grupo.

Durante os encontros do grupo deve-se:

- Perguntar a cada membro se toma devidamente os medicamentos ARV's, quantos toma e quantas vezes ao dia;
- Fazer a contagem do saldo dos medicamentos e registar no cartão de saldo dos ARV's;
- Fazer o rastreio para algumas doenças e ou situações comuns como Tuberculose, Diarreias, Gravidez, usando perguntas em relação à presença de tosse, formigueiro, ou se algum membro do grupo tem outras queixas relativamente à saúde.

7.6.2.MEMBROS DO GRUPO

Tem as seguintes tarefas:

- Ser representante do grupo obedecendo à rotatividade dos mesmos;

- Reportar a informação sobre a adesão e o estado de saúde dos membros do grupo, fazer o levantamento dos medicamentos ARV's na US e distribuir aos membros do seu grupo;
- Comparecer a uma consulta médica na unidade sanitária a cada seis (6) meses;
- Apoiar os membros do grupo para a adesão ao tratamento;
- Referir da comunidade para a US, os doentes cujo estado de saúde requeira cuidados médicos;
- Se for mãe/cuidador deverá sempre recordar-se de levar a criança às suas consultas;
- Fazer visitas ao domicílio dos membros do seu grupo e apoiar outros pacientes acamados;
- Realizar sessões educativas no seio do grupo e na comunidade;
- Participar nas formações realizadas pelo pessoal da US;
- Informar ao grupo em caso de mudança de residência ou viajem;
- Promover a prevenção do HIV no seio dos familiares e parceiro(s), redução do risco de transmissão, do estigma e discriminação.

7.6.3.PONTO FOCAL DO GAAC NA UNIDADE SANITÁRIA

Cada US deve identificar um funcionário envolvido no serviço TARV, que deve ser, de preferência, um clínico, que será o responsável do GAAC e que terá as seguintes responsabilidades:

- Sensibilizar os pacientes através de palestras ou sessões de informação nas salas de espera e durante as consultas ou sessões de aconselhamento, para criação dos GAAC.
- Assegurar que os potenciais membros do grupo sejam observados por um clínico para avaliação dos critérios de elegibilidade e inclusão no grupo;
- Gestão e coordenação com os vários GAAC para a prestação dos cuidados e tratamento na US;
- Em coordenação com a equipe da US deve garantir que os pontos focais dos GAAC's sejam capacitados semestralmente em matéria de HIV/SIDA, Malária, Diarreias, Tuberculose e outras infecções oportunistas, interpretação do resultado de CD4, preenchimento da ficha saldo, educação para o tratamento e outros aspectos relativos à gestão do grupo. Estes encontros com os pontos focais dos GAAC's vão acontecer semestralmente com a duração de um dia, onde os pontos focais dos grupos serão convidados a US onde são assistidos;

- Fazer o seguimento mensal e monitoria da adesão do GAAC;
- Assegurar que todos os pacientes do GAAC sejam avaliados em relação ao CD4, adesão, anemia e outros aspectos relativos ao TARV;
- Garantir a existência do arquivo dos grupos de pacientes na US, os processos dos grupos devem ser organizados em um cacifo (gaveta) individual, todos os processos dos pacientes do mesmo grupo encontrar-se-ão agrupados na mesma pasta, o que facultará o seu manuseio;
- Disponibilizar as fichas e todos os instrumentos de registo ao ponto focal do GAAC, na comunidade;
- Garantir o preenchimento das fichas (livro de registo GAAC da US e cartão de saldo dos ARV's da comunidade);
- Elaborar estatística mensal e assegurar que os dados sejam incorporados no relatório TARV da US e enviados ao nível distrital atempadamente;
- Participar no comité de gestão clínica para dar a retroinformação sobre o ponto de situação dos GAAC's;
- Assegurar que semestralmente os grupos recebam pelo menos uma visita a nível da comunidade. Estas visitas devem ser organizadas consoante a distribuição geográfica dos grupos. Por cada visita, devem ser agrupados entre 2 e 5 grupos (no máximo 30 pacientes). Estas visitas têm como objectivos perceber a dinâmica (rotatividade nas consultas) entre os membros dos vários grupos e fazer a verificação da informação reportada à US.

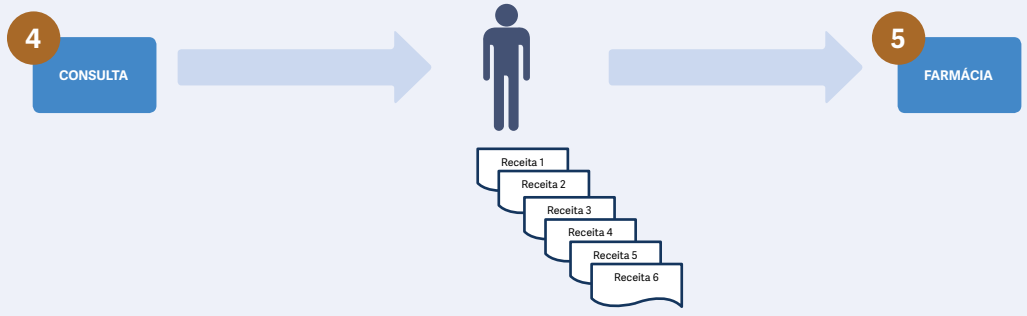
7.6.4. FLUXOGRAMA DE CIRCULAÇÃO DO PACIENTE DO GAAC A NÍVEL DA UNIDADE SANITÁRIA

O fluxo de pacientes deve garantir que os membros integrantes do GAAC realizem os diversos testes laboratoriais necessários para o seu seguimento clínico, os quais já devem estar disponíveis no dia da consulta de cada membro. Para tal, o paciente que o antecede deve levar as requisições do membro e entregá-las junto com os medicamentos, de modo que o mesmo se dirija ao laboratório da US pelo menos três semanas antes da data consulta, para a colheita das amostras das referidas análises laboratoriais.

7.6.5.COORDENAÇÃO COM A FARMÁCIA

A farmácia tem um papel muito importante na gestão dos GAAC. O responsável do GAAC na US deve coordenar com a equipe de farmácia a organização dos FILAS nos ficheiros móveis para assegurar que o aviamento dos ARV's para os membros do GAAC seja em simultâneo para os membros do mesmo grupo.

O fluxograma (figura a baixo) do paciente para levantamento mensal de medicamentos consiste em:



PRESCRIÇÃO E AVIAMENTO DO ARV NO ÂMBITO DA DINÂMICA GAAC

1) No fim da consulta com o paciente GAAC, faz se receitas para todos os membros do GAAC;
2) O paciente GAAC fazendo a consulta no dia, leva as receitas à farmácia onde são entrega o pessoal farmacêutico;
3) O pessoal da farmácia tira as pastas com as FILAs do GAAC (as FILAs do grupo GAAC deve estar agrupadas e identificadas) e regista os aviamentos do grupo de uma forma individual nas FILAs;
4) Além de preencher as FILAs, o pessoal da farmácia regista os aviamentos no Livro de Registro Diário de Aviamento MARV;
5) O pessoal da farmácia reforça aspectos de adesão com o membro do GAAC fazendo o levantamento do ARV;
6) O paciente GAAC leva o aviamento e faz a distribuição aos outros membros do GAAC

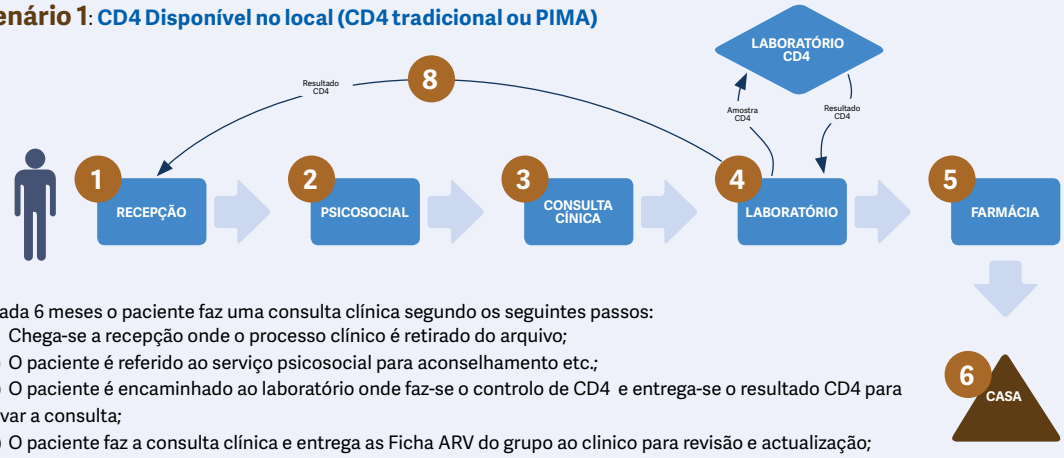
O membro deve dirigir-se à recepção onde entrega o cartão e a ficha saldo ARV's – GAAC preenchidos anteriormente na comunidade;

- O pessoal da recepção deverá retirar o processo clínico de todos os membros de um mesmo grupo e de seguida o paciente é encaminhado para o acompanhamento psicossocial;
- O paciente dirige-se ao gabinete médico onde o clínico faz:
  - Avaliação clínica do paciente;
  - Prescrição dos ARV's para todos os membros do grupo;
  - Pedidos das análises para o paciente que deverá vir à consulta no mês seguinte (se o paciente seguinte tiver análise de rotina por apresentar);
  - Regista a data da próxima consulta:

- Regista a data do próximo levantamento nos cartões dos membros;
- Regista a data da próxima consulta no cartão do membro que deve se apresentar à consulta no mês seguinte.

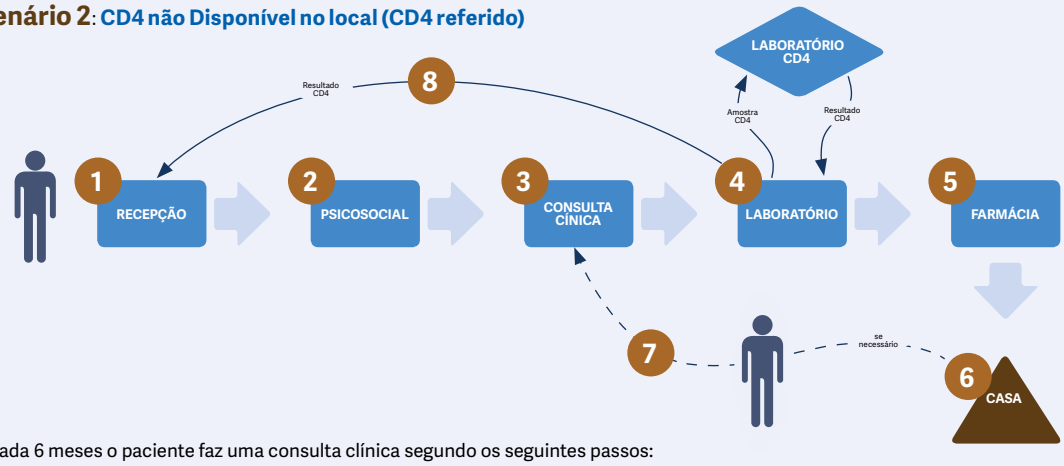
- O paciente retorna à recepção para se fazer o registo da data da próxima consulta na agenda da recepção;

Cenário 1: **CD4 Disponível no local (CD4 tradicional ou PIMA)**



Cada 6 meses o paciente faz uma consulta clínica segundo os seguintes passos:
1) Chega-se a recepção onde o processo clínico é retirado do arquivo;
2) O paciente é referido ao serviço psicosocial para aconselhamento etc.;
3) O paciente é encaminhado ao laboratório onde faz-se o controlo de CD4 e entrega-se o resultado CD4 para levar a consulta;
4) O paciente faz a consulta clínica e entrega as Ficha ARV do grupo ao clinico para revisão e actualização;
5) O paciente é referido à Farmácia onde levanta os ARV para ele próprio e os restantes membros do grupo;
6) O paciente volta a casa e distribui os ARV aos outros membros do grupo GAAC.

Cenário 2: **CD4 não Disponível no local (CD4 referido)**



Cada 6 meses o paciente faz uma consulta clínica segundo os seguintes passos:
1) Chega-se a recepção onde o processo clínico é retirado do arquivo;
2) O paciente é referido ao serviço psicosocial para aconselhamento etc.;
3) O paciente faz a consulta clínica e entrega as Ficha ARV do grupo ao clinico para revisão e actualização;
4) O paciente é referido para o laboratório onde tira-se a amostra CD4 que é enviada ao laboratório de referência;
5) O paciente é referido à Farmácia onde levanta os ARV para ele próprio e os restantes membros do grupo;
6) O paciente volta a casa e distribui os ARV aos outros membros do grupo GAAC;
7) O técnico do laboratório e o clínico colaboram para analisar o resultado CD4. Se necessário o paciente é chamado para voltar a uma segunda consulta clínica;
8) O técnico do laboratório trabalha em colaboração com a recepção para arquivar o resultado CD4 no processo clínico do paciente (assim o resultado estará disponivel na consulta clínica do outro membro do GAAC no mês seguinte)

- O pessoal da farmácia deverá no fim devolver os FILA's dos membros do grupo para o ficheiro móvel de acordo com as normas e dinâmica de funcionamento do ficheiro móvel.

6.6.1. FORMAÇÃO

A formação consiste em duas componentes, uma direccionada aos trabalhadores de saúde e outra à comunidade.

O objectivo da formação é dar a conhecer a estratégia GAAC a todo o profissional de saúde e membros do grupo, informar sobre o modelo de implementação, gestão e monitoria dos grupos, critérios de elegibilidade e selecção dos grupos.

De uma maneira geral, é providenciar as ferramentas necessárias para a implementação desta actividade.

6.6.2. FORMAÇÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Abordará os seguintes temas:

- Definição do GAAC (modelo e mecanismo de funcionamento do GAAC)
- Mecanismo de formação de grupos;
- Coordenação com farmácia, laboratório e recepção;
- Papel do ponto focal do GAAC na US e na comunidade;
- Coordenação com os grupos e com a comunidade;
- Monitoria e avaliação;
- Sistema de referência;
- Matérias sobre HIV: Infecções oportunistas, significado do CD4, sinais de alerta, etc.;
- Criação de demanda.

6.6.3. FORMAÇÃO PARA OS MEMBROS DOS GRUPOS

Abordará os seguintes temas:

- O que é um Grupo de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC)?
- Por que razão formar o Grupo de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC)?
- Vantagens do GAAC para os membros;
- Critério de elegibilidade para o GAAC;

- Funcionamento do Grupo de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC)?
- Mecanismo de distribuição dos medicamentos?
- Como aderir a um Grupo de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC)?
- O que deve fazer um membro do Grupo de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) se mudar de residência, viajar ou quiser desistir do seu grupo?
- Coordenação com farmácia, laboratório e recepção;
- Papel do ponto focal do GAAC na US e na comunidade;
- Coordenação com os grupos e com a comunidade;
- Monitoria e avaliação;
- Sistema de referência;
- Matérias sobre HIV: Infecções oportunistas, CD4, sinais de alerta, educação para o tratamento.

6.1. COMO CRIAR A DEMANDA PARA A FORMAÇÃO E INCLUSÃO DE PACIENTES NO GAAC?

6.1.1. PALESTRAS DIÁRIAS

Cada US deverá ter um plano de palestras diárias sobre o GAAC, duas no mínimo que seriam uma de manhã, às 7h30min, no local de maior concentração de utentes. A outra palestra seria por volta das 12 horas, também no local de maior aglomeração de utentes a essa hora na US (como sugestão, recomenda-se que esta última seja feita na farmácia ou laboratório).

6.1.2. MAPEAMENTO DOS PACIENTES EM TARV NA US

A US deverá fazer um levantamento dos pacientes em TARV por zona geográfica de residência e fazer coincidir a data das consultas de modo a sensibilizá-los a aderirem ao GAAC. Este processo pode ser feito através dos sistemas electrónicos de seguimento de pacientes ou através do livro de registo de TARV.

6.1.3. IDENTIFICAR PACIENTES POTENCIAIS CANDIDATOS AO GAAC VIA FARMÁCIA

O ponto focal do GAAC da US em coordenação com o responsável da farmácia deve assegurar que no momento do aviamento dos ARV´s aos pacientes do fluxo rápido sejam oferecidos o GAAC e que haja um sistema de referência para o Apoio Psicossocial onde o aconselhamento específico para GAAC será providenciado.

6.1.4. DIVULGAÇÃO DURANTE AS CONSULTAS CLÍNICAS

Todos os clínicos deverão fazer a sensibilização e divulgação do GAAC aos pacientes em cuidados e tratamento para HIV/SIDA.

6.1.5. DISSEMINAR A ESTRATÉGIA GAAC ATRAVÉS DAS RÁDIOS COMUNITÁRIAS E NACIONAIS BEM COMO ATRAVÉS DA TELEVISÃO.

O uso das rádios comunitárias irá apoiar na divulgação desta estratégia a nível comunitário que poderá ser feito através de:

- Spots radiofónicos e televisivos;
- Palestras com temas de saúde onde o GAAC estará integrado.
- Conversas/debates e entrevistas com alguns grupos.
- Divulgação do GAAC através das diferentes estruturas já existentes a nível das comunidades (Activistas, OBC's, APE's, Educadores de pares…)
- Divulgação do GAAC nos comités de saúde.

6.2. SUPERVISÃO AOS GRUPOS GAAC.

A supervisão aos GAAC deve ser feita de forma rotineira e compreende duas vertentes:

6.2.1. A NÍVEL DA UNIDADE SANITÁRIA

- Deve realizar-se encontros semestrais com os pontos focais dos grupos, onde a equipe da unidade sanitária coordenada pelo ponto focal do GAAC na US, organiza uma oficina de trabalho onde serão discutidos diferentes temas dentre os quais:
- Assuntos relacionados com o funcionamento e gestão do grupo;
- Rotatividade;
- Preenchimento da ficha saldo e análise da mesma;
- Adesão ao tratamento;
- Temas de educação para saúde;
- Partilha de experiências entre os diferentes pontos focais dos grupos.

6.2.2. A NÍVEL DA COMUNIDADE

- Assegurar que semestralmente os grupos recebam, pelos menos, uma visita pelo ponto focal;
- Cada sessão a nível das comunidades deve procurar abranger todos os grupos da mesma área e assegurar que os participantes percebam os temas abordados.

6.3. PAPEL DOS PARCEIROS.

6.3.1. PARCEIROS CLÍNICOS

Os parceiros desempenham um papel muito importante na implementação da estratégia GAAC, apoiando de várias maneiras as actividades inerentes a esta estratégia. Em coordenação com as DPS's, os parceiros presentes em cada província deverão planificar e financiar acções como:

- Reprodução de fichas e outros instrumentos de monitoria e avaliação;
- Reprodução e divulgação da estratégia de GAAC;
- Apoio logístico para capacitação e formação do pessoal;
- Apoiar supervisões de terreno na comunidade e das US;
- Contratação de recursos humanos adicionais (ex: conselheiros);
- Visitas de apoio técnico e de avaliação da implementação da estratégia;
- Desenvolvimento da pesquisa operacional;
- Encontros de coordenação;
- Ligação/coordenação com os parceiros comunitários;
- Apoio à aquisição e arrumação dos arquivos clínicos;
- Participar nas discussões do comité TARV;
- Apoiar o NED na compilação e incorporação da informação relativa ao GAAC, no resumo mensal e envio às DPS`s.

6.3.2. PARCEIROS COMUNITÁRIOS

Os parceiros comunitários têm um papel de grande relevância para o sucesso da estratégia GAAC, pois os mesmos interagem directamente com os pacientes a nível das comunidades. Para tal, os mesmos devem assegurar a realização das seguintes actividades:

4. Difundir o **GAAC** a nível das comunidades por intermédio dos seus actores comunitários;
5. Criar debates em rádios comunitárias, com testemunhos claros focalizando em principais vantagens de pertencer ao **GAAC**;
6. Em coordenação com o ponto focal do **GAAC** a nível da **US**, apoiar na supervisão dos grupos a nível da comunidade;
7. Ligação/coordenação com o parceiro clínico.

MONITORIA & AVALIAÇÃO

7. MONITORIA E AVALIAÇÃO

Para assegurar a disponibilidade da informação para o devido seguimento dos pacientes e grupos GAAC, bem como o acompanhamento da evolução e o desempenho da estratégia na sua toda, foi idealizado um sistema rotineiro de monitoria e avaliação (M&A) GAAC. Através de seus instrumentos físicos e electrónicos, este sistema irá:

- Fornecer aos provedores de saúde ao nível da US a informação precisa para o seguimento dos indivíduos, participando na dinâmica GAAC (incluindo os dados clínicos, laboratoriais, farmacêuticos e psicossociais);
- Providenciar um sistema de alerta precoce que seja capaz de detectar e comunicar à US problemas clínicos e de adesão dos indivíduos GAAC pelo próprio grupo GAAC ao nível da comunidade;
- Prover aos gestores de saúde nos níveis superiores a informação necessária para monitorar a evolução da estratégia em termos de:
  - Pacientes entradas nos GAAC;
  - Pacientes saídas dos GAAC;
  - Pacientes actualmente nos GAAC; e
  - Grupos GAAC existentes.

Estas informações serão discriminadas por sexo e faixa etária (para os indicadores aplicáveis) bem como pelos vários níveis do SNS (US, Distrito, Província, Nacional).

Minimizar a carga de trabalho durante a recolha, complicação e reporte de informação através da integração dos sistemas M&A (GAAC e Cuidados e Tratamento de HIV/SIDA) e através da harmonização dos fluxos de informação dentro do Sistema de Informação de Saúde (SIS) do MISAU.

Em termos de instrumentos, o sistema M&A GAAC será composto por uma série de instrumentos em papel, alguns dos quais serão específicos à estratégia GAAC e outros que serão originários do sistema M&A dos serviços gerais de Cuidados e Tratamento de HIV/SIDA em Moçambique. Estes incluem:

1. **Ficha de Saldo de ARV's**: Instrumento específico à M&A **GAAC** desenhado para o registo dos dados mensais dos saldos **ARV**'s e os sinais clínicos de alerta dos pacientes **GAAC**. Este instrumento que globaliza informação de todos os membros do Grupo **GAAC** é preenchido a cada mês na comunidade pelo próprio grupo **GAAC** e levado à **US** com o paciente que tem a consulta no referido mês.
2. **Livro de Registo GAAC**: Instrumento específico à M&A **GAAC** desenhado para o registo dos dados dos grupos **GAAC** sendo atendidos na **US**. Este Livro, que é mantido na **US** e

preenchido pelo responsável **GAAC**, documenta os detalhes de cada grupo incluindo o nome (do grupo), os nomes e NIDs de cada membro do grupo, os pontos focais, estado actual dos membros e a rotação das consultas dos membros. De referir que o Livro de Registo também é a base para estatística mensal.

3. **Ficha de Seguimento HIV/SIDA**: Instrumento individual usado para o registo dos dados clínicos, laboratoriais, farmacêuticos e apoio psicossociais dos pacientes **HIV** positivos (não apenas os pacientes **GAAC**) em cuidados e tratamento para o **HIV**/**SIDA** dentro do **SNS**.

4. **Ficha Individual de Levantamento ARV's**: Instrumento individual usado para o registo dos dados referentes aos aviamentos **ARV**'s a partir das farmácias na **US**.

5. **Ficha de Resumo Mensal para a Unidade Sanitária - HIV/SIDA**: Relatório mensal elaborado após dia 20 de cada mês. Com a integração da M&A do **GAAC** e Cuidados e Tratamento para o **HIV**/**SIDA** a estatística mensal **GAAC** será documentada e transmitida por um novo bloco inserido neste relatório. De referir que no fim de cada mês é a responsabilidade do ponto focal **GAAC** a assegurar a inclusão da estatística **GAAC** no resumo mensal **HIV**/**SIDA**.

8. PESQUISA OPERACIONAL

Vários estudos quantitativos, qualitativos, de custo eficácia, e de avaliação de impacto serão realizados com o objectivo de avaliar aspectos fundamentais da nova intervenção. Aspectos como eficácia, aceitabilidade, acessibilidade, equidade e relevância serão avaliados utilizando métodos de pesquisa mistos. A eficácia será essencialmente avaliada através de métodos de pesquisa quantitativa, enquanto a aceitabilidade, acessibilidade, equidade e relevância serão avaliadas através de métodos de pesquisa qualitativa.

9. LISTA DE REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013* Document UNAIDS / JC2502/1/E. 2013: 8-11. Disponivel em: *http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013_en.pdf* (acessado a 4 de Agosto de 2014).

2. Instituto Nacional de Saude. *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009* . Calverton, Maryland, EUA. Intituto Nacional de Saude, Instituto Nacional de Estatistica e ICF Macro. 2010. Disponivel em *http://www.cncs.org.mz/index.php/por/Publicacoes/Estudos-e-Pesquisas/Estatistica-Prevalencia* (acessado a 6 de Agosto de 2014)

3. Instituto Nacional de Estatistica. *Projecções Anuais da População Total, Urbana e Rural 2007 – 2040* . INE;2010. Disponivel em:*http://196.28.235.11/populacao/projeccoes/proj_pop_moz/PROJ_NAC.pdf* (Acedido em 6 de Agosto de 2014)

4. Conselho Nacional de Combate ao SIDA. [i]Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA[i]. Conselho de Ministros;2010. Disponivel em: *http://www.cncs.org.mz/index.php/por/Publicacoes/Planos-e-Relatorios/Planos-do-CNCS*. (acedido em 6 de Agosto de 2014).

5. Vermund SH, Sidat M, Weil LF, Tique JA, Moon TD, Ciampa PJ. Transitioning HIV care and treatment programs in southern Africa to full local management. *AIDS (London, England)*. Jun 19 2012;26(10):1303-1310.

6. Ministério da Saúde (MISAU) M. Relatório Anual da DRH (2010). Maputo,. 2011.

7. WHO, Regional Office for Africa. health workforce in Mozambique. 2012; *http://www.afro.who.int/en/mozambique/country-programmes/health-systems/human-resources-for-health.html*. Acessado em 6 de Agosto de 2014.

8. Posse M, Baltussen R. Barriers to access to antiretroviral treatment in Mozambique, as perceived by patients and health workers in urban and rural settings. *AIDS patient care and STDs*. Oct 2009;23(10):867-875.

9. Groh K, Audet CM, Baptista A, et al. Barriers to antiretroviral therapy adherence in rural Mozambique. *BMC Public Health*. 2011;11:650.

10. Decroo T, Telfer B, Biot M, et al. Distribution of antiretroviral treatment through self-forming groups of patients in Tete Province, Mozambique. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999)*. Feb 1 2011;56(2):e39-44.

MISAU 2014

MOÇAMBICANOS E AMERICANOS
JUNTOS NA LUTA CONTRA O HIV/SIDA

MEDECINS SANS FRONTIERES
MÉDICOS SEM FRONTEIRAS