

Moçambique

Relatório da Situação de HIV/SIDA e Nutrição

Produzido através de um processo de consulta às partes interessadas financiado pelo Banco Mundial conjuntamente com agências moçambicanas líderes e parceiros de desenvolvimento



© 2008 The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank
1818 H Street NW
Washington DC 20433
Telefone: 202-473-1000
Internet: www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

Reservados todos os direitos.

As constatações, interpretações e conclusões aqui expressas são dos autores e não reflectem necessariamente os pontos de vista dos Directores Executivos do Banco Mundial para a Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial ou dos governos que eles representam.

O Banco Mundial não garante a precisão dos dados incluídos neste trabalho. As fronteiras, cores, denominações e outra informação aqui apresentada em qualquer mapa não implicam qualquer juízo da parte do Banco Mundial no que concerne ao estatuto legal de qualquer território ou à aprovação ou aceitação dessas fronteiras.

Direitos e Autorizações

O material desta publicação está sujeito a direitos de autor. A cópia ou transmissão não autorizada de qualquer parte deste trabalho pode constituir uma violação da lei aplicável. O Banco Mundial para a Reconstrução e Desenvolvimento/Banco Mundial incentiva a divulgação do seu trabalho, e garantirá em princípio rapidamente a autorização para reproduzir partes do trabalho.

Quaisquer outras questões sobre direitos e licenças, incluindo direitos subsidiários, deverão ser dirigidas a Office of the Publisher, The World Bank, 1818 H Street NW, Washington, DC 20433, USA; fax: 202-522-2422; e-mail: pubrights@worldbank.org.

Maputo, Moçambique – Maio de 2008

Índice

Prefácio	6
Agradecimentos	8
Siglas e Abreviaturas	9
Glossário	11
Dados Básicos de Moçambique	13
A. Visão Geral da Situação de Nutrição e HIV/SIDA	14
1. Visão Geral da Situação de HIV/SIDA	14
2. Laços entre a Situação de Segurança Alimentar, a Nutrição e o HIV/SIDA ..	17
B. Despesas, Parcerias e Órgãos de Coordenação de HIV/SIDA	22
1. Despesas de HIV/SIDA e Nutrição Relacionada	22
2. Principais Órgãos de Coordenação	25
2.1. Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)	25
2.1.1 Estrutura Organizacional e Mandato do CNCS	25
2.1.2 Fluxo de Fundos do CNCS	26
2.1.3 Actividades de Nutrição Financiadas pelo CNCS	31
2.1.4 Sistema de Monitorização e Avaliação do CNCS	32
2.2. Ministério da Saúde (MISAU), SANHA e SETSAN	34
3. Quadro de Políticas para HIV/SIDA e Nutrição	35
3.1. Recursos Humanos para Saúde	38
3.2. Recursos Humanos na Área da Nutrição	40
3.3. Formação em Nutrição	40
3.4. Manuais e Directrizes para a Formação	41
C. Actividades existentes na área de Nutrição & HIV/SIDA	43
1. Intervenções de Nutrição	43
2. Programa de Cuidados Domiciliários (CDs)	44
3. Apoio Nutricional para Pessoas em Terapia Anti-retroviral (TARV)	46
4. Prevenção da Transmissão da Mãe para Criança (PTV)	48
5. Intervenções para Crianças Órfãs e Vulneráveis (OVC)	49
6. Comunidade e Agregados Familiares afectados pelo HIV/SIDA	50
D. Conclusões e Recomendações	51
1. Indicadores de Progresso	51
2. Principais Lacunas e Desafios na Programação de Nutrição	52
3. Recomendações	54
Referências	57

Lista de Anexos

Anexo 1.	Prevalência de HIV em Moçambique 2007	61
Anexo 2.	Dados de Prevalência Nacional, Regional e Provincial Específica do HIV (2001-2007)	62
Anexo 3.	Tendências na Prevalência Nacional de HIV/SIDA 1970-2010.....	63
Anexo 4.	Acesso a Unidades Sanitárias	64
Anexo 5.	Despesa de HIV/SIDA de Organizações Internacionais 2004-2006 ...	65
Anexo 6.	Despesa de HIV/SIDA de Organizações Internacionais 2004-2006 ...	66
Anexo 7.	Intervenções Desenvolvidas por Instituições Estatais	67
Anexo 8.	Intervenções Desenvolvidas por Organizações Internacionais e ONGs	68
Anexo 9.	Doadores Bilaterais e Áreas de Intervenção	69
Anexo 10.	Intervenções Desenvolvidas por ONGs Nacionais	70
Anexo 11.	Lista de Indicadores da Estrutura de M&A	71
Anexo 12.	Rácio Habitantes/Médico por Província	73
Anexo 13.	Rácio Habitantes/Enfermeiro por Província	74
Anexo 14.	Intervenções Direccionadas com PVHS em TARV	75
Anexo 15.	Intervenções para Pessoas Afectadas pelo HIV/SIDA (COVs).....	78
Anexo 16.	Actividades direccionadas a Mulheres Grávidas e Lactantes HIV+....	80
Anexo 17.	Comunidade e Agregados Familiares Afectados pelo HIV/SIDA	81
Anexo 18.	Programas de Assistência Alimentar e de Cuidados e Tratamento para o HIV/SIDA – Números Planificados da Região Centro 2006.....	82
Anexo 19.	Programas de Assistência Alimentar e de Cuidados e Tratamento para o HIV/SIDA – Números Planificados da Região Sul 2006	84
Anexo 20.	Cesta Alimentar	86
Anexo 21.	Lista de Pessoas Entrevistadas.....	87

Lista de Caixas

Caixa 1.	Análise comparativa dos financiamentos do PEPFAR, do Banco Mundial e do Fundo Global para o HIV/SIDA em Moçambique.....	28
Caixa 2.	O papel e a responsabilidade do Secretariado Executivo do CNCS.....	30
Caixa 3.	Comunidade de Santo Egídio, Programa DREAM, Moçambique.	47

Lista de Figuras

Figura 1.	Taxas de Prevalência de HIV por Região em Moçambique em 2004 e 2007.....	15
Figura 2.	Pessoas em TARV por Província – Setembro de 2007.....	16
Figura 3.	Diversidade Dietética por Província	21
Figura 4.	Desnutrição Crónica e Aguda e Baixo Peso em 2003 e 2006.....	21
Figura 5.	Composição das Despesas em HIV/SIDA 2006.....	23
Figura 6.	Despesa de Prevenção em PVHS 2004-2006	24
Figura 7.	Despesas de Cuidados e Tratamento 2004-2006	24
Figura 8.	Estrutura Organizacional do CNCS.....	26
Figura 9.	Fluxo de Fundos.....	29
Figura 10.	Programa de Cuidados Domiciliários 2004-2007.....	45
Figura 11.	Assistência Alimentar Proporcionada pelo PMA em Programas de Cuidados e Tratamento para HIV/SIDA.....	49

Lista de Tabelas

Tabela 1.	Segurança Alimentar e Nutrição, Pobreza e Prevalência de HIV/SIDA por Província.....	20
Tabela 2.	Despesa por Fonte de financiamento	22
Tabela 3.	Intervenções Relacionadas com Nutrição do CNCS 2006	32
Tabela 4.	Sistema de Monitorização e Avaliação.....	34
Tabela 5.	Políticas Estratégicas de Moçambique para HIV/SIDA e Nutrição	35
Tabela 6.	Rácio de Profissionais de Saúde por 10.000 Habitantes em Países da SADC Seleccionados e na África Subsariana.....	38
Tabela 7.	Directrizes e Manuais sobre HIV/SIDA e Nutrição	42
Tabela 8.	Tipologia das Intervenções Actuais de HIV/SIDA com Componentes de Nutrição.....	44

Prefácio

O Relatório da Situação no Domínio do HIV/SIDA e Nutrição (2008) reúne informação sobre intervenções de HIV/SIDA e nutrição em Moçambique no quadro das políticas actuais. Repartem-se por cinco vertentes os objectivos desse exercício, designadamente: 1) apresentar em linhas gerais a situação do HIV/SIDA e documentar laços existentes entre a nutrição e o HIV/SIDA em Moçambique; 2) fazer um inventário geral da integração de componentes de nutrição em intervenções de HIV/SIDA; 3) identificar parcerias-chave e esforços de coordenação nacional em curso; 4) identificar as melhores práticas; e, finalmente, 5) dar uma visão geral do progresso realizado até à data, das lacunas operacionais e dos principais desafios a serem abordados, incluindo um conjunto de recomendações concisas que assegurem uma abordagem racional à integração da nutrição na resposta nacional ao HIV/SIDA.

O relatório está repartido em quatro secções. A Parte A detalha a situação do HIV/SIDA no país sublinhando as diferenças regionais, de idade e de género, analisando ainda, de forma resumida, os laços entre a situação da segurança alimentar, a nutrição e o HIV/SIDA. A Parte B dá uma visão geral das despesas de HIV/SIDA, bem como das parcerias e dos órgãos de coordenação nacional que constituem elementos-chave da resposta ao HIV/SIDA em Moçambique. O mandato e o papel actual do Conselho Nacional de Combate ao SIDA, a resposta do Ministério da Saúde à epidemia, incluindo o papel do Secretariado de Segurança Alimentar e Nutrição, são detalhados nesta secção, que também apresenta uma visão geral dos recursos humanos para a situação de saúde na área de nutrição. A parte C do relatório informa sobre intervenções de HIV/SIDA em curso no país onde a nutrição se apresenta como uma componente, identificando ainda os principais implementadores a trabalhar no sector não comercial. As principais áreas de actividade discutidas são prevenção, tratamento, cuidados e apoio, e mitigação. A Parte D complementa a análise situacional (Partes A, B e C), documentando as realizações fundamentais e identificando as questões políticas críticas e as lacunas operacionais que têm de ser abordadas para se garantir uma resposta efectiva à programação no domínio do HIV/SIDA e nutrição em Moçambique.

O Relatório da Situação em Moçambique é um dos três relatórios que têm vista melhorar a programação global de nutrição em países que pretendem adquirir um melhor entendimento de como integrar a nutrição na resposta nacional ao HIV/SIDA. O Relatório da Situação proporciona uma informação de base (*background*) específica sobre as condições prevalecentes no país, devendo ser lido em paralelo com os seguintes relatórios do Banco Mundial:

- 1) HIV/SIDA, Nutrição e Segurança Alimentar: O que podemos fazer? Uma Síntese de Princípios de Orientação Internacionais (2007).
- 2) Guião Operacional para a Integração de Nutrição em Programas de HIV/SIDA em Moçambique (2008).

O Relatório da Situação contou com informação publicada e não publicada sobre a situação de nutrição e HIV/SIDA em Moçambique, apresentando aqui principalmente a informação concernente ao período compreendido entre 2003 e 2007. Toda a informação utilizada foi verificada em termos de precisão e está a referenciada. Os autores utilizaram tanto métodos primários como secundários de recolha de dados.

Entrevistaram intervenientes relevantes a trabalhar em organizações activas em nutrição e HIV/SIDA e realizaram uma minuciosa análise da bibliografia contendo toda a informação disponível sobre a matéria. Foi realizado um seminário com as principais partes interessadas para apresentar o relatório em versão preliminar, tendo-se incluído os comentários do seminário para reforçar o relatório. Apresentam-se em anexo referências e pessoas/instituições entrevistadas.

Entre as limitações vividas durante a compilação do Relatório da Situação contam-se as seguintes: falta de informação sistemática relacionada com nutrição e HIV/SIDA no país; incapacidade/relutância de algumas instituições de proporcionar toda a informação necessária; e falta de consistência entre as partes interessadas relativamente às principais questões de nutrição e HIV/SIDA. Notarão os leitores que o relatório aborda apenas resumidamente questões de segurança alimentar, por se ter considerado ultrapassarem o âmbito deste exercício particular.

Agradecimentos

Este é o primeiro Relatório da Situação de nutrição e HIV/SIDA em Moçambique dirigido pelo Banco Mundial em parceria com as suas contrapartes nacionais e internacionais. O esforço global para integrar a nutrição nos investimentos de HIV/SIDA do Banco Mundial não teria sido possível sem a liderança de Meera Shekar e Richard Seifman. Menno Mulder -Sibanda, Bina Valaydon, Humberto Cossa e James Garrett, que deram contribuições e apoio técnico ao longo de todo o processo de preparação do documento. O Relatório foi redigido por Lourdes Fidalgo e Sebastiana Gianci com orientação dos Líderes do Grupo de Trabalho acima mencionados. A equipa está particularmente grata a Marcela Libombo, do SETSAN, que dirigiu efectivamente o núcleo de coordenação composto por parceiros nacionais e internacionais activos no domínio de nutrição e HIV/SIDA em Moçambique. Agradecimentos especiais a Leila Pakkala, Christiane Rudert e Sonia Khan, do UNICEF, Avone Pedro e sua equipa do Ministério da Saúde, Joanna Mangureira e Diogo Milagre, do CNCS, Cláudia Lopes, do INAS e do SETSAN-SANHA, Francesca Erdelman e Deolinda Pacho, do PMA, Iolanda Fortes, do PNUD, Sandy McGunegill, do CDC/Misau, e Kerry Selvester, da ANSA, que deram todos assistência no processo de preparação do relatório.

No Banco Mundial, devemos agradecer também a Rae Galloway, Marito Garcia, Jean J. De St. Antoine, Albertus Voetberg pela sua orientação e pontos de vista de gestão. A equipa está particularmente grata a Bina Valaydon, do Country Office de Moçambique, pelas suas proveitosas percepções e comentários, conselho e sugestões sobre as primeiras versões, incluindo assistência na edição e divulgação do relatório. A equipa agradece ainda a Isabel Mutambe, Clarisse Nhabangue, Jessica St. John e Sonalini Khetrapal pelo seu apoio administrativo em todo o processo.

A equipa gostaria de endereçar os seus sinceros agradecimentos a todo o pessoal de campo, da sociedade civil, do Governo e dos parceiros desenvolvimento que directa ou indirectamente deu a sua contribuição.

Reconhece se também o apoio em fundos para este esforço prestado pelo Programa de Parceria Banco dos Países Baixos (*BNPP – Bank-Nederlands Partnership Program*).

Finalmente, gostaríamos de agradecer o apoio prestado pela UNICEF em Moçambique na Tradução do presente documento, um especial agradecimento vai para o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN) e os membros do Grupo multisectorial Segurança Alimentar e Nutricional e HIV/SIDA (SANHA).

Siglas e Abreviaturas

A/I	Altura/Idade
AED	Academia para o Desenvolvimento Educacional (<i>Academy for Educational Development</i>)
AFASS	Aceitável, Factível, Acessível, Sustentável e Seguro
ANSA	Associação para Nutrição e Segurança Alimentar
ARV	Medicamento Anti-retroviral
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária
CDC	Centro de Controlo de Doenças (<i>Center for Disease Control</i>)
CDs	Cuidados Domiciliários - Designa cuidados administrados a pessoas vivendo com HIV/SIDA (doentes) directamente nos seus lares, podendo esses cuidados ser físicos, psicossociais, espirituais e paliativos
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao SIDA
COV	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CSE	Comunidade de Santo Egidio
ESAN II	Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição
FANTA	Projecto de Assistência Técnica Alimentar e Nutricional (<i>Food and Nutrition Technical Assistance Project</i>)
FAO	Organização de Agricultura e Alimentação
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
HAART	Terapia Anti-retroviral Altamente Activa (<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>)
HAI	Aliança de Saúde Internacional (<i>Health Alliance International</i>)
HIV Negativos	Designa pessoas que fizeram um teste de HIV e que sabem que o resultado foi negativo (HIV-)
HIV Positivos	Designa pessoas que fizeram um teste de HIV e que sabem que o resultado foi positivo (HIV+)
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HKI	Helen Keller Internacional (<i>Helen Keller International</i>)
IBFAN	Rede Internacional de Acção pela Alimentação Infantil (<i>International Baby Food Action Network</i>)
IMC	Índice de Massa Corporal
INAS	Instituto Nacional da Acção Social
Infectados com HIV	Designa pessoas infectadas com o vírus do HIV tenham ou não consciência disso
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
JFFLS	Programas Juvenis promoção agrícola e de habilidades para a vida (<i>Junior Farm Field and Life School</i>)
LDS	Levantamento Demográfico e de Saúde
LWF	Federação Lutrerana Mundial (<i>Lutheran World Federation</i>)
M&A	Monitorização e Avaliação
MAP	Programa de HIV/SIDA em Múltiplos Países (<i>Multi Country HIV/AIDS Program</i>)
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MF	Ministério das Finanças
MIJUDE	Ministério da Juventude e Desportos
MINAG	Ministério da Agricultura

MINED	Ministério da Educação
MISAU	Ministério da Saúde
MMCAS	Ministério da Mulher e Coordenação da Acção Social
MMS	Mistura de Milho e Soja
MOH	Ministério da Saúde
MPF	Ministério do Plano e Finanças
MSF	Médicos Sem Fronteiras
ODM	Objectivos de Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não Governamental
P/A	Peso por Altura
P/I	Peso por Idade
PARPA	Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta
PB	Perímetro Braquial
PEM	Desnutrição Proteica Energética (<i>Protein-Energy Malnutrition</i>)
PESS	Plano Estratégico do Sector Saúde
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PTV	Programa da Prevenção da Transmissão Vertical
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV/SIDA
RUTF	Alimentação Terapêutica Pronta a Utilizar (<i>Ready to Use Therapeutic Food</i>)
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SANHA	Grupo Intersectorial de Segurança Alimentar e Nutrição e HIV/SIDA
SCF	<i>Save the Children Fund</i>
SETSAN	Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SRO	Solução de Rehidratação Oral
TAP	Programa de Aceleração de Tratamento (<i>Treatment Acceleration Program</i>)
TARV	Terapia Anti-retroviral
TARV	Tratamento Anti-retroviral
TB	Tuberculose
TMPC	Transmissão da Mãe para a Criança
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional
VAC	Grupo de Análise de Vulnerabilidade

Glossário

Baixa Altura por Idade (*Baixinha*)

A baixa altura por idade é um indicador de deficiência de crescimento no passado. Associa-se a vários factores de longa duração, incluindo consumo crónico de proteínas e energia insuficientes, infecção frequente, inapropriadas práticas alimentares e pobreza. Uma criança com baixa altura por idade tem um z score altura/idade abaixo de 2 desvios-padrão (2 SD) com base na população de referência.

Baixo Peso

Uma criança com baixo peso tem um z score peso por idade abaixo de 2 desvios padrão (2SD) com base na população de referência. O indicador de baixo peso é peso por idade (P/I). Este indicador têm a vantagem de reflectir tanto subnutrição no passado (crónica) como no momento (aguda) (embora não consiga fazer a distinção entre estas duas formas).

Baixo Peso por Altura (*Magrinha*)

O baixo peso por altura é o resultado de uma significativa descida de peso para baixo do peso que se espera de uma criança com o mesmo comprimento ou altura. O baixo peso por altura indica uma desnutrição actual ou aguda resultante de incapacidade de adquirir peso ou perda de peso actual. Entre as suas causas estão o inadequado consumo de alimentos, práticas alimentares incorrectas, doenças e infecção ou mais frequentemente uma combinação destes factores. Uma criança tem baixo peso por altura quando o z score peso por altura (P/A). Se situa abaixo de 2 desvios padrão (2SD) como base na população de referência.

Malnutrição

Perturbação ou condição nutricional resultante de uma condição inadequada, podendo ser por insuficiência de alimentos ou por consumo de alimentos em excesso.

Desnutrição

Perturbação ou condição nutricional resultante de falta de alimentos ou de uma nutrição inadequada.

Desnutrição Aguda

A desnutrição aguda é resultado de um recente inadequado consumo de alimentos. Este tipo de desnutrição é medido por um baixo rácio de peso por altura. As pessoas que têm desnutrição aguda (baixo peso para a altura) mostram sinais de emagrecimento (wasting).

Desnutrição Crónica

A desnutrição crónica é resultado de inadequado consumo de alimentos durante um longo período de tempo e pode ser agravada por doença crónica. A criança que tem uma baixa altura para a sua idade, tem provavelmente uma história de deficiência de crescimento. O indicador de desnutrição crónica é altura por idade (A/I). Uma criança tem um z score altura por idade abaixo de 2 desvios padrão (2SD) com base na população de referência é considerada como tendo desnutrição crónica ou com baixa altura para a idade (baixinha) (*stunting*).

Índice de Massa Corporal (IMC)

Uma medida da gordura corporal baseada na altura e no peso que se aplica a homens e mulheres adultos.

Segurança Alimentar

Todas as pessoas têm a qualquer altura acesso físico e económico a alimentos suficientes para fazerem face às suas necessidades dietéticas para uma vida produtiva e saudável. Para ter segurança alimentar, todos os membros do agregado familiar precisam de ter acesso a alimentos e conhecimento adequado, condições de saúde e saneamento para utilizarem plenamente os alimentos disponíveis.

Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA)

A mais grave manifestação da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Foram listadas inúmeras infecções oportunistas e cancro como consequência da infecção pelo HIV. O CDC (Centro de Controlo de Doenças) definiu os critérios para um diagnóstico de SIDA em adultos e adolescentes, quando a contagem de células T CD4+ se situa em ou abaixo de 200 células por microlitro em presença de infecção de HIV. Em pessoas com cinco ou mais anos de idade) com sistemas imunológicos funcionando normalmente, as contagens de células T CD4+ variam normalmente de 500 a 1.500 células por microlitro. As pessoas que vivem com SIDA muitas vezes têm infecções nos pulmões, no cérebro, nos olhos e em outros órgãos, e sofrem frequentemente de perda de peso debilitante, diarreia e um tipo de cancro designado Sarcoma de Karposi.

Dados Básicos de Moçambique

População (a meio do ano):	20,1 milhões de habitantes
Crescimento Populacional:	1,8% (2006)
Crescimento do PIB per capita:	6,6% (2006)
Pobreza de renda (% da população):	54% (em 2002/3)
Taxa de Insegurança Alimentar Crónica:	35% (2006)
GNI per capita:	US\$ 340 (2006)
Esperança de Vida:	ligeiramente abaixo dos 40 anos
Taxa de Mortalidade Infantil:	100 por 1000 nados-vivos (2006)
Taxa de mortalidade de menores de cinco:	152 por 1000 nados-vivos (2004)
Desnutrição Infantil:	24% das crianças com menos de 5 anos (2006)
<i>Desnutrição Crónica (A/I):</i>	41% (2003)
<i>Desnutrição Aguda (P/A):</i>	4% (2003)
Baixo Peso (P/I):	19,7%
Baixo Peso à Nascimento:	12%
Rácio de Mortalidade Materna:	408 por 100,000 nados-vivos (2003)
Taxa de Prevalência de HIV/SIDA:	16% da população com 15-49 anos
Taxa de Conclusão do Ensino Primário:	menos de 50%
Acesso a Fonte de Água Melhorada:	43% da população
Acesso a Instalações Sanitárias Melhoradas:	32% da população
Taxa de Câmbio:	1 US\$ = 25 Mtn (10/2007)

Fontes: Moçambique, INE 2007; Balanço do PES Saúde 2006; <http://www.state.gov/r/ei/bgn/7035> (23 de Maio de 2007); The World Bank. *Mozambique Country Partnership Strategy 2008-2011.SETSAN, Estudo de Base de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006.*

A. Visão Geral da Situação de Nutrição e HIV/SIDA

1. Visão Geral da Situação de HIV/SIDA

Moçambique situa-se entre os oito países com maior taxa de prevalência estimada de HIV em adultos idade produtiva. Dados de vigilância epidemiológica de 2007 mostram que a prevalência de HIV¹ em Moçambique é de 16%, duas vezes superior à da média subsahariana de 7,2 por cento. Prevê-se que as taxas de esperança de vida e mortalidade infantil, bem como as estruturas da população no país se deterioresem rapidamente devido ao HIV/SIDA, descendo a esperança de vida para 37 anos em 2010, em vez dos 50 anos projectados para uma situação sem HIV/SIDA. As previsões apontam para uma mortalidade infantil pelo menos 25% superior em 2010 comparativamente à que se teria verificado sem HIV/SIDA. Em 2007, um número estimado em 441.000 crianças (menores de 18 anos) perderam um ou ambos os pais devido ao HIV, uma tendência que se prevê continuar a verificar-se. As projecções relativas à população revelam uma pirâmide demográfica passando de uma forma côncava, com uma população relativamente jovem, para uma forma convexa. O contacto heterossexual é a forma primária de transmissão do HIV, sendo a transmissão vertical, as transfusões de sangue e a utilização de drogas injectáveis contribuintes menores para a epidemia. Digno de nota é o facto de ser grande e estar a aumentar em Moçambique a diferença de género nas taxas de infecção, tendo as mulheres de 20 a 24 anos de idade uma probabilidade de ficarem infectadas com HIV quatro vezes superior à dos homens do mesmo grupo etário. Consequência desta situação são rácios mais elevados de dependência, com possíveis efeitos em agregados familiares que desviarão recursos de investimentos produtivos, acabando por abafar o crescimento económico. Calcula-se que a epidemia de HIV/SIDA possa fazer baixar as taxas de crescimento económico em Moçambique em 1 por cento ao ano. (World Bank 2008²)

A ronda de vigilância de 2007 não revela nenhuma mudança significativa na prevalência global de HIV³ entre 2004 e 2007. No entanto, como mostra a Figura 1, a dinâmica da epidemia difere nas três regiões. No Norte, a prevalência foi consideravelmente mais baixa comparativamente ao resto do país. Ficou em 7% entre 2004 e 2007, e abaixo dos 10% nos últimos dez anos, sugerindo uma lenta propagação da infecção. Na região Centro, a prevalência ficou em cerca de 18%, com uma pequena descida de 1% entre 2004 e 2007. Foram documentados números mais elevados de casos de SIDA, sugerindo uma epidemia “madura”. Relatórios do Hospital Central da Beira mostram que a taxa de fatalidade de casos de doentes de

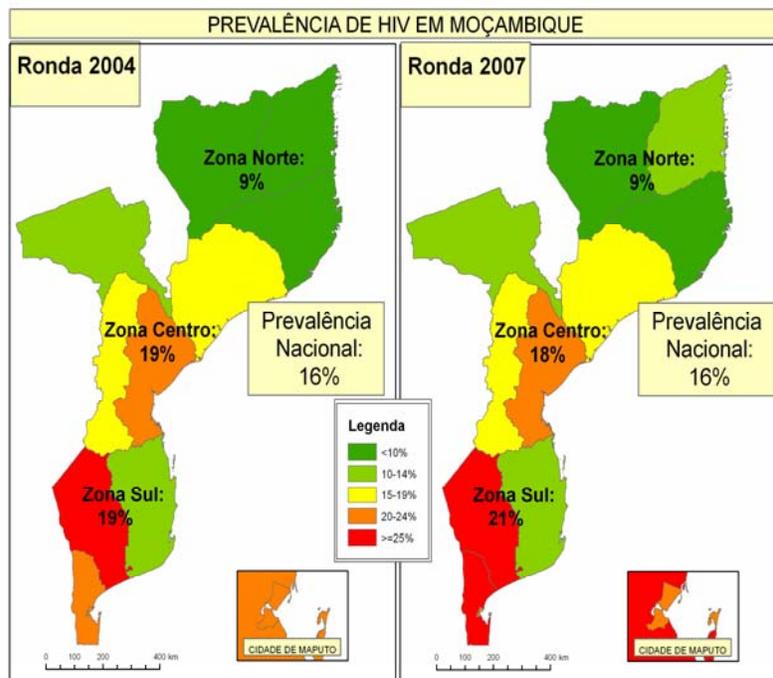
¹ Para calcular a prevalência global são utilizados dados de consultas pré-natais. O número de locais sentinela aumentou de 4 em 1988 para 36 em 2007. Em países como Moçambique que não realizaram uma pesquisa nacional estas estimativas foram revistas para baixo em média por um factor de 0,8. Anteriormente, apenas tinham sido ajustados dados de consultas rurais. Além disso, o número médio de anos que se estima que as pessoas com HIV sobrevivam sem tratamento aumentou de 9 para 11 anos. Daqui resultaram estimativas de períodos de sobrevivência médios mais longos, o que faz baixar as estimativas de novas infecções e mortes por HIV.

² World Bank, February 2008. “Beating the Odds: Sustaining Inclusion in a Growing Economy - A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment.”

³ A prevalência de HIV varia, em qualquer ponto no tempo, com a mortalidade e o tempo de sobrevivência dos infectados. Um aumento na prevalência de HIV poderia provir de mais elevada incidência (novas infecções). Poderia também resultar de uma maior sobrevivência dos que estão infectados com HIV, caso em que o aumento seria um bom resultado. De igual modo, uma diminuição da prevalência de HIV poderia ser atribuída a mais elevada mortalidade provocada pelo HIV, o que seria um resultado indesejável.

SIDA é elevada, sugerindo que os pacientes possam ter iniciado tratamento num estágio avançado de progressão da doença. Não há dados sobre o número de pacientes de SIDA que morrem na comunidade sem qualquer acesso a cuidados de saúde. Diferentemente do Norte e do Centro, o sul revela uma clara tendência de subida de prevalência de HIV, que chegou a 21% em 2007. Veja-se no anexo 1 a prevalência de HIV em Moçambique, no anexo 2 dados específicos de prevalência nacional, provincial e regional de HIV, e no anexo 3 tendências na prevalência nacional de HIV/SIDA de 1970 a 2010.

Figura 1. Taxas de Prevalência de HIV por Região em Moçambique em 2004 e 2007



Fonte: Ronda de Vigilância Epidemiológica 2007 em mulheres grávidas, Moçambique. Estimativas provinciais baseadas no EPP.

Fonte: MISAU 2007. “Epidemiological surveillance in pregnant women.”

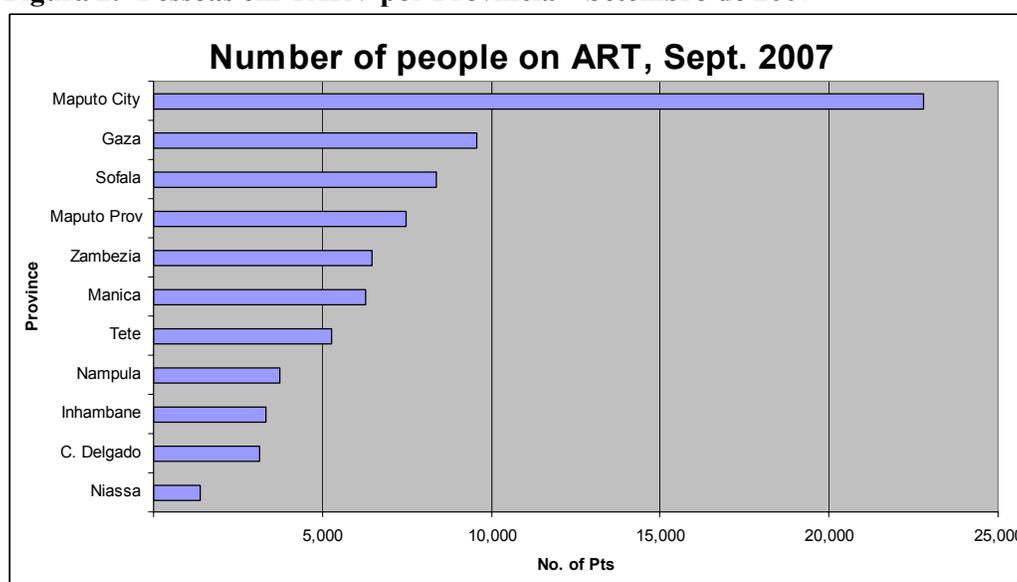
A região central do país (Zona Centro na figura 1) apresentou a mais elevada e mais prolongada prevalência de infecção por HIV. Esta região foi gravemente afectada pelos 17 anos de guerra em Moçambique, com a consequente deslocação interna, no país, e externa, para campos de refugiados no Zimbabwe, no Malawi e na Zâmbia (países com muito elevada prevalência de HIV). Factores de perturbação social, mais a presença de numerosas populações móveis, principalmente masculinas, (pessoas em geral e militares) foram estreitamente associados a rápida propagação da doença na literatura sobre a SIDA. Também se verificaram taxas de prevalência mais elevadas ao longo das rotas de transporte que fazem a ligação com os países Malawi, Zimbabwe e África do Sul, afectando desproporcionadamente populações móveis e seus parceiros.

A região Sul (Zona Sul na figura 1) do país foi também afectada pela guerra em termos de deslocação de pessoas no interior e para o exterior do país e movimentos de militares. A situação na região sul é ainda agravada por elevados números de trabalhadores migrantes do sexo masculino, particularmente para as minas da África do Sul, onde são elevados os níveis de infecção de HIV.

As taxas de prevalência de HIV na região Norte (Zona Norte na figura 1) são mais baixas comparativamente às regiões Centro e Sul. Um factor possível para as mais baixas taxas pode ser a prática generalizada da circuncisão masculina, que parece proporcionar ao homem uma medida de protecção contra o HIV. A Região Norte foi também menos gravemente afectada pela deslocação de pessoas durante a guerra e não tem forte tradição de trabalho migratório masculino.

A taxa de cobertura da Terapia Anti-retroviral em Moçambique registou um rápido aumento no período de 2005 a 2007, mas muito há ainda a fazer. Em 2005, o Ministério da Saúde tinha apenas 32 postos de tratamento, número que em Dezembro de 2006 aumentou para 150 postos oferecendo tratamento anti-retroviral a 4.100 pacientes (equivalente a 16% dos que se estima necessitarem de tratamento); havendo, em Setembro de 2007, um total de 211 unidades administrando TAR a 88.211 pacientes, dos quais 62% mulheres e 7% crianças⁴. Do número total de pessoas em TAR, estima-se que cerca de 9,7% receberam assistência alimentar sob a forma de cesta alimentar em 2007. O Ministério da Saúde tem por objectivo cobrir 110.000 pessoas com TAR em 2010, isto é, cerca de 32% da população elegível. Terá, no entanto, de fazer esforços significativos para atingir uma cobertura total estimada em 340.000 pessoas. As unidades de aconselhamento e testagem chegaram a 355 em 2007, comparativamente a 191 em 2005, e necessitariam de ser ainda mais expandidas. A figura 2 ilustra graficamente o número de pessoas em TAR por província em 2007.

Figura 2. Pessoas em TARV por Província – Setembro de 2007



Fonte: Moçambique, Informação do Ministério da Saúde 2007.

⁴ MISAU, PESS 2007-2012.

Em termos de balanço geográfico, são necessários mais esforços para aumentar ainda mais o fornecimento de tratamento na região Centro, a que apresenta presentemente o maior número de casos. Em geral, as províncias do Norte (Cabo Delgado, Nampula, Zambézia) bem como as de Tete e Inhambane apresentam os mais baixos níveis de acesso a condições de saúde, como se pode ver no anexo 4. O acesso a cuidados de saúde especializados e a condições de testagem de HIV/SIDA é ainda restrito devido à falta de laboratórios médicos e pessoal treinado.

O rápido crescimento das taxas de prevalência em Moçambique reclama muito maiores esforços no sentido de se prevenir a infecção alterando comportamentos sexuais de risco, particularmente dos homens mais velhos. O que leva a estas estatísticas é uma complexa mistura de factores socioeconómicos, culturais, religiosos e biológicos. Apesar de não ter sido feito nenhum estudo sistemático para avaliar determinantes da vulnerabilidade das mulheres ao HIV no país, informação disponível indica que os níveis de escolaridade, diferenças de género no acesso a recursos, violência, poligamia e relações sexuais intergeracionais são alguns dos factores culturais e socioeconómicos que aumentam a vulnerabilidade da mulher. Além disso, as mulheres são psicologicamente mais vulneráveis devido a práticas inseguras de sexo com penetração e elevados níveis de ITS. “Um importante elemento conducente à elevada incidência parece ser o facto de homens bastante mais velhos terem relações sexuais múltiplas não protegidas com categorias etárias mais jovens (particularmente com 15–24 anos de idade) e com mulheres da sua própria idade. Experiência do Uganda indica que esforços para persuadir os homens a terem menos relações sexuais e a utilizarem preservativos podem baixar a incidência.”⁵

O Levantamento Demográfico e de Saúde (LDS) realizado em Moçambique em 2003 indica que havia altos níveis de conhecimento sobre HIV/SIDA no país (93,7% em áreas rurais e 99,1% em áreas urbanas). No entanto, apenas 38% (rurais) e 57,6 % (urbanas) das pessoas têm consciência de práticas de sexo seguras (uso do preservativo e limitação de parceiros), e há ainda consideráveis obstáculos à discussão do HIV/SIDA com parceiros. Apenas 45% das pessoas em áreas rurais e 60% em áreas urbanas discutiram a questão do HIV com os seus parceiros.

2. Laços entre a Situação de Segurança Alimentar, a Nutrição e o HIV/SIDA

Há provas de importantes laços entre resultados de HIV/SIDA melhorados e nutrição. No entanto, relações e interacções mais amplas entre o HIV/SIDA, a segurança alimentar e a nutrição são mais complexas. A situação nutricional individual de pessoas vivendo com HIV/SIDA é afectada devido a maiores necessidades de energia para lutar contra infecções oportunistas e contra o vírus do HIV. Uma boa nutrição ajuda a adiar e reduzir a vulnerabilidade ao impacto das infecções. Pessoas vivendo com HIV/SIDA têm de manter uma dieta adequada tanto em quantidade como em qualidade para fortalecer o sistema imunitário e lutar contra infecções oportunistas. Em particular, as pessoas que tomam medicamentos para infecções oportunistas ou as que estão a fazer tratamento anti-retroviral necessitam de

⁵ World Bank, February 2008. “Mozambique Beating the Odds: Sustaining Inclusion in a Growing Economy - A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment.”

uma dieta que assegure adequado consumo quer de calorias quer de nutrientes. Intervenções de nutrição podem ajudar a aumentar a conformidade com esses regimes. De acordo com os estudos científicos actuais, o efeito do HIV na situação nutricional começa cedo no decurso da doença, mesmo antes de a pessoa ter consciência de estar infectada com o vírus. O HIV afecta a situação nutricional ao provocar reduções no consumo dietético, má absorção de nutrientes e alterações metabólicas que culminam com a perda de peso e emagrecimento, ambas comuns em pacientes de SIDA. Por seu lado, uma desnutrição pré-existente (isto é, desnutrição antes da infecção de HIV) agrava os efeitos do HIV uma vez que o sistema imunitário já está comprometido. A Síntese de Princípios de Orientação Internacionais é uma fonte de referência para orientação ampla e concreta sobre como melhorar os resultados de HIV/SIDA através de apoio nutricional.

A desnutrição grave em adultos é uma das consequências comuns do HIV/SIDA registadas na África subsariana, sendo também uma das causas de elevados níveis continuados de insegurança alimentar. O impacto nutricional cumulativo do HIV/SIDA nos agregados familiares e comunidades é visível tanto em contexto pobres urbanos como rurais. O elevado nível de insegurança alimentar em Moçambique, reflectido na elevada prevalência de desnutrição crónica (41%), é não só um dos motores mas também uma das consequências da epidemia do HIV, podendo ter impacto em programas de tratamento, cuidados e apoio efectivos. Os pontos que se seguem foram definidos num documento informativo de políticas do ODI em Agosto de 2006:

- A insegurança alimentar e nutricional aumenta a mobilidade e a migração de curta duração – ‘procurar comida’ põe as pessoas em situações de risco fora das suas casas.
- A insegurança alimentar e nutricional agrava a desigualdade de género – quando há pouca comida no agregado familiar, as mulheres muitas vezes são as que mais sofrem, o que as faz procurar comida em outro lugar.
- Para sobreviver, as pessoas com fome podem ser forçadas a situações de alto risco, por exemplo a sexo transaccional ou comercial.
- Em agregados familiares com insegurança alimentar, o HIV/SIDA torna-se um perigo a nível do agregado familiar, devido a concentração da infecção no agregado e a possibilidade de infecção parasítica quando a água é recolhida.
- De um modo geral, os agregados familiares pobres e em situação de insegurança alimentar tem a probabilidade de enfrentar reduzido acesso a informação relacionada com a prevenção do HIV e fraca capacidade para a utilizar.
- A insegurança alimentar aumentou o risco de desnutrição, o qual pode aumentar o risco de infecção.

Fonte: Adaptado de ODI 2006.

É de prever que o aumento de taxas de mortalidade devido ao HIV/SIDA venha a ter consideráveis efeitos negativos na agricultura e no desenvolvimento. Eis alguns dos impactos previstos: perda de rendimento, perda de mão-de-obra agrícola, perda de conhecimento técnico de produção agrícola e comercialização e liquidação de bens para cobrir despesas médicas e com funerais, para mencionar apenas alguns. No entanto, as evidências do mundo em desenvolvimento dos impactos da morte de adultos em idade produtiva nos modos de vida dos agregados familiares rurais são heterogéneas, sendo o sexo dos adultos em idade produtiva e a pobreza anterior do agregado familiar os factores mais significativos. Em Moçambique, a morte de

adultos em idade produtiva resulta na redução de 21% de posse de terra, comparativamente a uma redução de 18% após a morte de uma mulher em idade produtiva. A redução nas propriedades de terra é significativa e mais vasta no Norte quando morre uma mulher em idade produtiva, e há consideráveis reduções na criação animal por morte de homens em idade produtiva, mas nenhuma redução significativa provocada por morte de mulher em idade produtiva”. Interessante é verificar que “agregados familiares que perdem uma mulher em idade produtiva não sofrem nenhuma perda de rendimento uma vez que a sua força de trabalho é substituída por outro adulto em idade produtiva, mas “a morte de um homem em idade produtiva resulta na significativa perda de 25% do rendimento do agregado familiar”.⁶

Moçambique debate-se com insegurança alimentar crónica, causada por complexas questões de desenvolvimento, e insegurança alimentar transitória, causada por diversos desastres naturais. A percentagem de agregados familiares com meios de subsistência altamente vulneráveis varia de província para província. A cifra nacional da pobreza absoluta é de 54 por cento, tendo Inhambane a mais elevada taxa de pobreza, 81 por cento, e a província de Sofala os mais baixos níveis, 31 por cento (INE 2003). Embora a disponibilidade de alimentos tenha de um modo geral melhorado nos últimos cinco anos, a Avaliação de Base da Vulnerabilidade realizada em 2005 revela que 35 por cento dos agregados familiares ainda têm uma elevada vulnerabilidade devido a insegurança alimentar e desnutrição crónica. Além disso, a situação de saúde e saneamento no país agrava o impacto do HIV nas pessoas e nos agregados familiares. De momento, em Moçambique apenas cerca de 41 por cento da população rural e 37 por cento⁷ da população urbana tem acesso a água limpa para beber. Tem havido, no entanto, consideráveis esforços do Ministério da Saúde para aumentar as unidades sanitárias em todo país. Em certas regiões, é ainda extremamente limitado o acesso a serviços de saúde, tendo apenas 40 por cento da população acesso adequado a instalações de saúde.⁸

Parece não haver quaisquer regras sólidas e rápidas para associar as bolsas de elevada insegurança alimentar no país com a prevalência de HIV/SIDA, como ilustra a tabela 1 adiante. De facto, de acordo com análise recente “a correlação entre a prevalência de HIV/SIDA e a pobreza em Moçambique parece ser negativa. A província com a mais baixa taxa de pobreza, Sofala, tem a mais elevada taxa de prevalência de HIV/SIDA, enquanto a província com a pobreza mais elevada, Inhambane, reporta das mais baixas taxas de HIV/SIDA. Este padrão também se verifica nas províncias de Manica e Zambézia, ambas com baixa pobreza e taxas elevadas. Com melhores infra-estruturas de comunicação e mais alta mobilidade, um factor comum nas províncias menos pobres, as evidências parecem sugerir que o mesmo mecanismo que ajuda a diminuir a pobreza está a causar mais elevadas taxas de prevalência de HIV. Numa segunda fase, após um compasso de espera entre infecções e sintomas, pode prever-se que os níveis de saúde comecem a deteriorar-se mais rapidamente, com agregados familiares a perderem força de trabalho devido a doença e as crianças a serem retiradas da escola devido a constrangimentos de tempo

⁶ World Bank, February 2008. “Mozambique Beating the Odds: Sustaining Inclusion in a Growing Economy - A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment.”

⁷ AMCOW et al., 2007.

⁸ SETSAN, Estudo de Base de Segurança Alimentar e Nutricional, 2006.”

e financeiros. Como resultado dessa situação, poderão seguir-se efeitos negativos sobre os níveis de pobreza agregada.”⁹

A diversidade dietética é de um modo geral fraca em Moçambique, encontrando-se as dietas mais pobres nos agregados familiares vulneráveis à insegurança alimentar crónica e transitória. As províncias de Niassa, Tete e Inhambane foram identificadas como tendo uma dieta extremamente inadequada, enquanto as províncias da Zambézia, de Sofala, Maputo e Gaza apresentam as mais baixas taxas de dietas muito inadequadas, como ilustra a figura 3 adiante.

Tabela 1. Segurança Alimentar e Nutrição, Pobreza e Prevalência de HIV/SIDA por Província

Províncias	Porcentagem de modos de vida (LG) 1 e 9 do total dos modos de vida por Província		Pobreza, Nutrição e HIV/SIDA		
	Agregados familiares de Baixo Rendimento Grupo 1 (%)	Agregados Familiares com modos de vida Marginais Grupo 9 (%)	Pobreza (%)	Desnutrição Crónica 2002 (%)	Prevalência de HIV/AIDS (%)
Niassa	5,97	3,48	49,5 -	40,9 +	8
C. Delgado	2,44	21,95 *	62,8 +	50,2 +	10
Nampula	5,79	1,25	53,6 -	37,1 +	8
Zambézia	9,34	6,90	45 -	41,1 +	19
Tete	17,19 *	4,44	58,7 +	41,7 +	13
Manica	6,34	1,38	44,4 -	35,4 +	16
Sofala	4,70	0,22	34,1 -	42,1 +	23
Inhambane	13,64 *	14,16 *	81,1 +	29,8 -	12
Gaza	7,31	2,34	59,7 +	31,3 -	27
Maputo	6,86	0,98	71 +	23,9 -	26
Maputo Cidade			53,2 -	21,9 -	23
<i>Media</i>			<i>54,1</i>	<i>33,9</i>	<i>16</i>

Legenda:

+ : acima da média nacional, e - : abaixo da média nacional

* : elevada percentagem de agregados familiares com modos de vida vulneráveis

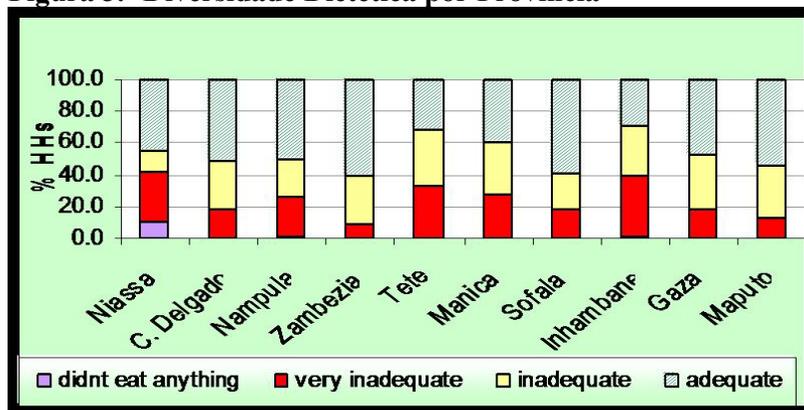
Grupo 1: agregados familiares principalmente dependentes de mão-de-obra informal a que se junta uma fraca produção agrícola de subsistência

Grupo 9: agregados familiares que vivem perpetuamente no limite

Fontes: Simler and Ibraimo 2005; DHS 2002; SETSAN, VAC 2006. “Report of Baseline Survey of Food Security and Nutrition in Mozambique.”

⁹ World Bank, February 2008. “Mozambique Beating the Odds: Sustaining Inclusion in a Growing Economy- A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment.”

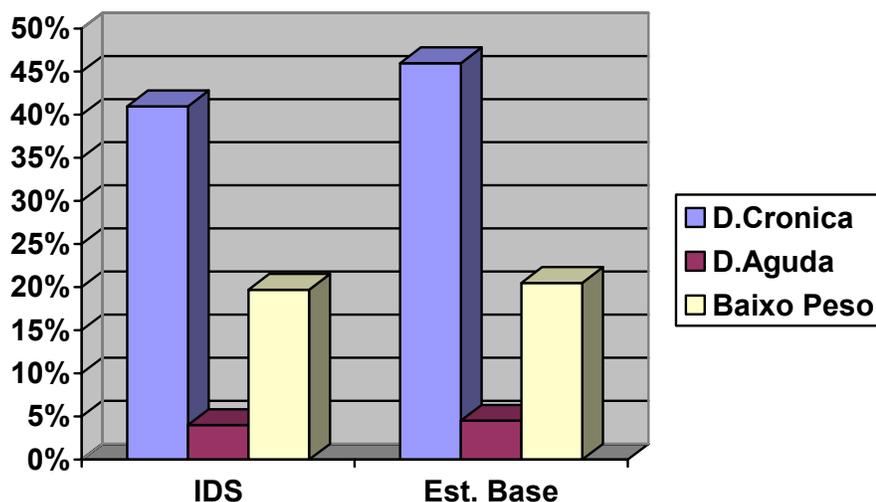
Figura 3. Diversidade Dietética por Província



Fonte: SETSAN, 2006. "Food Security and Nutrition Baseline Survey."

A situação de desnutrição crónica é grave, com a taxa média correspondendo a 46 por cento da população em 2006 quando comparada com 41 por cento em 2003. Como mostra a figura 4 abaixo, 20,5 por cento da população tinha baixo peso em 2006, comparativamente aos 19,7 por cento registados em 2003¹⁰ (LDS). A taxa de desnutrição aguda, 4,5 por cento, está apenas ligeiramente acima do normal para a população e não se alterou significativamente quando comparada com a cifra de 2003 de 4,0 por cento¹¹. As taxas de desnutrição crónica variam da elevada percentagem de 50 por cento de crianças com menos de cinco anos de idade à relativamente baixa percentagem de 21 por cento na cidade Maputo. A média do país indica que mais de 33 por cento das crianças entre os 6 e os 59 meses estão com desnutrição crónica.

Figura 4. Desnutrição Crónica e Aguda e Baixo Peso em 2003 e 2006



Fonte: DHS 2003 and 2006. "Baseline Survey."

¹⁰ Discute-se se isto representa um crescimento real ou é reflexo da exclusão de crianças de 0-6 meses do LDS 2006.

¹¹ LDS 2003.

B. Despesas, Parcerias e Órgãos de Coordenação de HIV/SIDA

1. Despesas de HIV/SIDA e Nutrição Relacionada

As intervenções de HIV/SIDA são implementadas por instituições governamentais, organizações e ONGs internacionais, doadores bilaterais e ONGs nacionais e sociedade civil. De acordo com a NASA (*National Aids Spending Assessment - Avaliação Nacional de Despesas da SIDA*) do período de 2004/2006¹²:

- Moçambique gastou um valor estimado em 204.120.637 USD em HIV/SIDA entre 2004 e 2006.
- A despesa anual de HIV/SIDA aumentou de aproximadamente 48 milhões de USD em 2004 para 96,6 milhões em 2006.
- A parcela da despesa interna pública em HIV/SIDA duplicou durante o período reportado, passando de 7.326.297 USD para 14.301.520 USD.
- De acordo com os comentários do PARPA, a percentagem de despesa mais elevada no período reportado foi para prevenção (33,50%) e cuidados e tratamento (36,37%), conforme pode ser visto na figura 5.
- Grande dependência de fontes de financiamento externas internacionais para a resposta ao HIV/SIDA (como se mostra na tabela 2 abaixo).
- Um substancial montante de assistência externa para HIV/SIDA é desembolsado e reportado através de projectos verticais, não estando, portanto, captado nas contas estatais.
- Os provedores públicos representaram a mais elevada parcela dos directamente envolvidos na produção, provisão e prestação de serviços de HIV/SIDA (46%), seguindo-se-lhes entidades privadas sem fim lucrativos (38%).
- Apesar dos desafios nos recursos humanos, menos de 5% do total de despesas de HIV/SIDA entre 2004 e 2006 foi gasto em recrutamento e incentivos de retenção de pessoal.
- A falta de dados desagregados fiáveis e consistentes de despesa por sexo torna difícil avaliar se as estratégias e intervenções de programas direccionadas para mulheres/raparigas e homens/rapazes estão bem providas de recursos.

Tabela 2. Despesa por Fonte de financiamento

<i>Fonte</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>Total</i>	
Pública	7.326.297	11.533.434	14.301.520	33.161.251	16%
Privada	2.301.227	747.175	1.118.428	4.166.830	2%
Internacional	38.876.362	46.712.364	81.203.830	166.792.556	82%
<i>Total</i>	<i>48.503.886</i>	<i>58.992.973</i>	<i>96.623.778</i>	<i>204.120.637</i>	

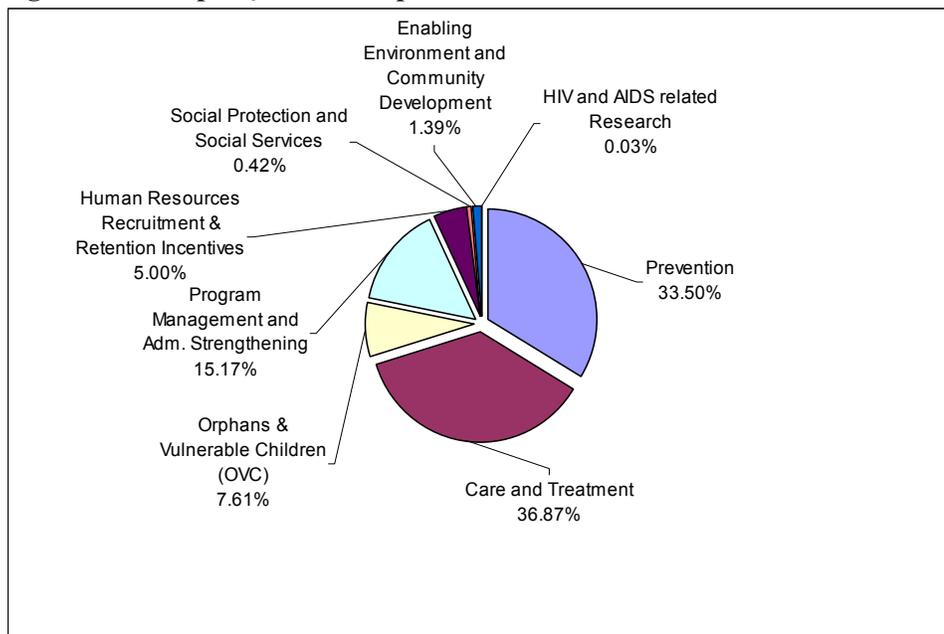
Fonte: UNAIDS. “Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006.” Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008.

¹² UNAIDS. “Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006.” Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008.

Os anexos 5 e 6 mostram as fontes de financiamento internacionais em Moçambique ao longo do período 2004-2006. Contribuições bilaterais directas são a maior fonte de financiamento em Moçambique, equivalente a 40 por cento anualmente, sendo principalmente atribuídas ao sector público e outros parceiros de desenvolvimento. O financiamento multilateral aumentou de 25 por cento em 2004 para 36 por cento em 2006. 9% das contribuições internacionais são proporcionadas por organizações internacionais sem fim lucrativo e fundações.

A composição da despesa de HIV/SIDA em 2006 (96,6 milhões de dólares) reparte-se pelas 8 categorias seguintes: prevenção; tratamento & cuidados; crianças órfãs e vulneráveis; desenvolvimento de programas, coordenação & fortalecimento de sistemas de cuidados de saúde para HIV/SIDA; recursos humanos para actividades de HIV/SIDA; migração social; desenvolvimento comunitário e ambiente fortalecido; e pesquisa. De um modo geral, a resposta de 2006 parece bem equilibrada entre tratamento, prevenção e mitigação, como indicado na figura 5 abaixo.

Figura 5. Composição das Despesas em HIV/SIDA 2006

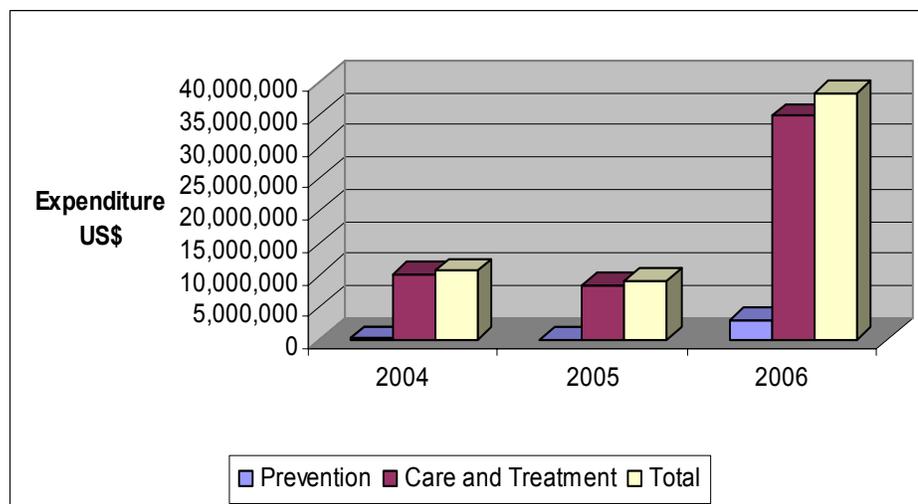


Fonte: UNAIDS. “Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006.” Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 Março de 2008.

São beneficiários de intervenções de HIV em Moçambique pessoas vivendo com HIV/SIDA; populações em maior risco (tais como utilizadores de drogas injectáveis, trabalhadores do sexo); grupos vulneráveis (tais como COVs, crianças nascidas de mães seropositivas, migrantes e refugiados, prisioneiros, mulheres e crianças, vítimas de tráfico e violência, jovens em risco social, crianças fora da escola, na rua e parceiros de pessoas vivendo com HIV), bem como “populações acessíveis” (por exemplo, pacientes de consultas de ITS, crianças e jovens na escola, pessoas no trabalho, trabalhadores de saúde, trabalhadores migrantes, camionistas de longo curso, militares, polícia) e população em geral.

Interessa notar que os dados da NASA indicam uma limitada despesa de prevenção em pessoas vivendo com HIV/SIDA quando comparada com despesa em cuidados & tratamento para o mesmo grupo-alvo, como mostra a figura 6 abaixo.

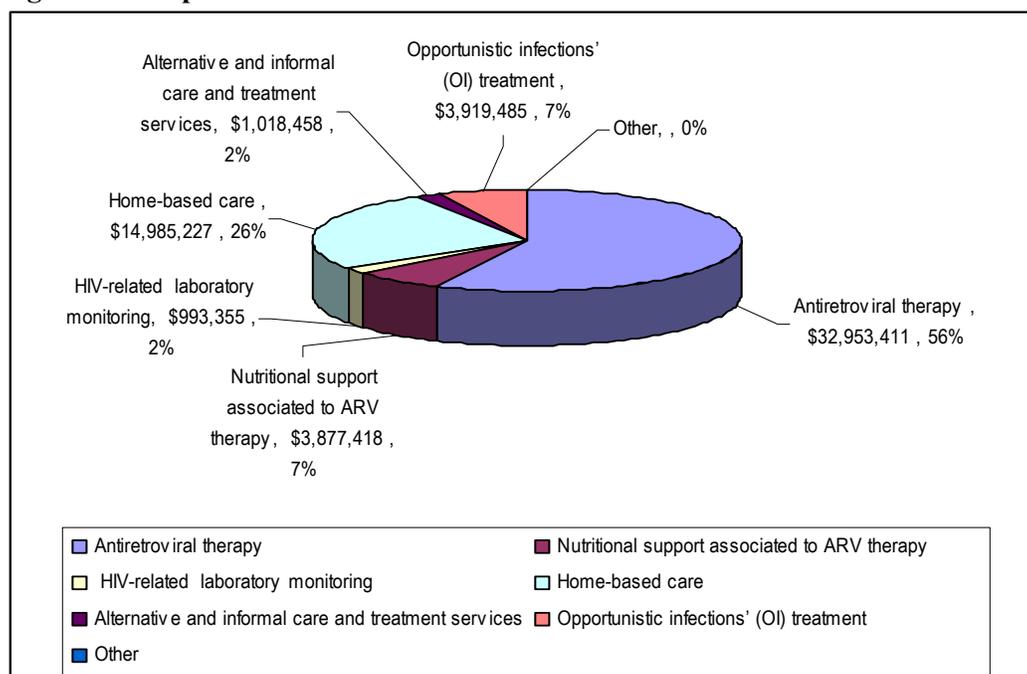
Figura 6. Despesa de Prevenção em PVHS 2004-2006



Fonte: UNAIDS. “Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006.” Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008.

A despesa do apoio nutricional ao longo do período 2004-2006 associada à terapia anti-retroviral foi estimada em 3,8 milhões de dólares, o equivalente a 7% da despesa de cuidados e tratamento, como ilustra a figura 7 abaixo.

Figura 7. Despesas de Cuidados e Tratamento 2004-2006



Fonte: UNAIDS. “Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006.” Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008.

2. Principais Órgãos de Coordenação

As parcerias e os mecanismos de coordenação entre os parceiros de desenvolvimento e o Governo na área de HIV/SIDA são complexas. Um pequeno número de instituições estatais tem a responsabilidade primária de coordenação das actividades de HIV/SIDA, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), o Ministério da Saúde, e o Secretariado Nacional para a Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN) (lista que consta do anexo 7), com um maior número de agências com ligações programáticas com a área, como, por exemplo, agências das Nações Unidas e ONGs internacionais (lista que consta do 8), ONGs nacionais, e sociedade civil (lista que consta do anexo 10). As agências de implementação estão envolvidas em actividades de nutrição nas áreas de Prevenção, Tratamento, Cuidados, Apoio e Mitigação, respectivamente, com variações no tipo de intervenção e nos beneficiários-alvo.

As principais instituições envolvidas em questões de nutrição ligadas ao HIV/SIDA são: CNCS, Ministério da Saúde (grupo de trabalho para HIV/SIDA e nutrição); o Secretariado para a Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN) e o grupo de trabalho SANHA para segurança alimentar e HIV¹³

2.1. Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS)

2.1.1 Estrutura Organizacional e Mandato do CNCS

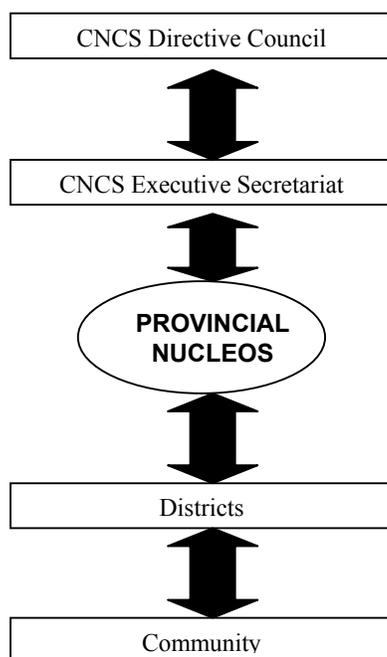
O Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) foi criado em 2000 como agência estatal responsável pela gestão do financiamento e coordenação da resposta nacional à epidemia do HIV/SIDA. O desenvolvimento de um forte sistema de monitorização e avaliação (articulando os níveis nacional, provincial e distrital) é outra componente-chave das suas actividades, tal como a mobilização de recursos para assegurar uma resposta abrangente e multisectorial. A Comunicação para Mudança Comportamental e a divulgação aos níveis nacional e internacional figuram também entre as principais responsabilidades do CNCS.

A Direcção do Conselho Nacional de Combate ao SIDA é composta por representantes de ministérios estratégicos e da sociedade civil, e é presidida pela Primeira Ministra, co-adjuvada pelo Ministro da Saúde. Os ministérios que são membros do CNCS são o Ministério dos Negócios Estrangeiros, o Ministério das Finanças, o Ministério da Juventude e Desportos, o Ministério da Mulher e da Acção Social e o Ministério da Educação e Cultura. A coordenação diária é da responsabilidade de um secretariado executivo. Em cada uma das onze províncias, foi criada uma unidade de coordenação do HIV/SIDA designada Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA) sob tutela do Gabinete do Governador (como é indicado na Figura 8 adiante).

Como atrás referido, embora o CNCS seja uma das principais fontes de financiamento de actividades de prevenção do HIV/SIDA para organizações da sociedade civil, estão disponíveis outras fontes de financiamento para HIV/SIDA a partir do Orçamento Geral de Estado, de vários contribuintes multilaterais e bilaterais e de fundações específicas.

¹³ O SANHA inclui ONGs, o Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção social, ou CNCS e o Ministério da Saúde.

Figura 8. Estrutura Organizacional do CNCS



2.1.2 Fluxo de Fundos do CNCS¹⁴

O CNCS recebe o seu principal financiamento de um grupo de agências multilaterais e bilaterais, sendo o Banco Mundial o maior financiador. Moçambique tem dois projectos do Banco Mundial activos com fundos que fluem através do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) e do Ministério da Saúde, respectivamente. O projecto de resposta ao HIV/SIDA (MAP) é uma subvenção de cinco anos de 62,6 milhões de USD que foi concedida em 2003, e o Programa de Aceleração de Tratamento para a HIV/SIDA (TAP) é uma subvenção de quatro anos no valor de 21,7 milhões de USD que foi concedida em 2004.

O Banco Mundial proporciona fundos directamente ao Conselho Nacional de Combate ao SIDA através do projecto MAP. Com este apoio, o Banco Mundial procura assegurar que os fundos para actividades de HIV/SIDA proporcionem um máximo de benefício a organizações que trabalham directamente com famílias e comunidades infectadas e a afectadas pelo HIV/SIDA.¹⁵ As componentes do MAP dirigidas para o CNCS são as seguintes:

1. *Iniciativas comunitárias e da sociedade civil*: Esta componente nº 1 concede financiamento a comunidades para responderem à epidemia do HIV/SIDA. Entre as principais actividades encontram-se a mobilização das comunidades, a promoção de iniciativas locais e o fortalecimento da capacidade de actores locais, incluindo o sector privado.
2. *Capacitação para a resposta da sociedade civil ao HIV/SIDA*: Esta componente nº 2 ajuda a melhorar a capacidade de implementação de patrocinadores de subprojectos sob a componente número 1 atrás mencionada.

¹⁴ As questões e recomendações apresentadas neste capítulo podem ter de ser actualizadas em sintonia com as revisões em curso das directrizes operacionais (publicação ainda a ser aprovada).

¹⁵ World Bank. "A Guidance Note on Disbursement Procedures"

3. *Resposta multisectorial do Governo:* Esta componente nº 3 ajuda os ministérios e outras instituições estatais a desenvolverem e implementarem programas de HIV/SIDA dirigidos para o seu pessoal e seus familiares, bem como para os seus clientes.
4. *Desenvolvimento institucional para gestão do Programa:* Esta componente nº 4 apoia o Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA, e reforça a sua capacidade para liderar a resposta nacional ao HIV/SIDA. Cada Ministério tem um ponto focal de HIV/SIDA com quem o Conselho Nacional de Combate ao SIDA estabelece a ligação.

Parte dos fundos do MAP (isto é, componente número cinco) é também direccionada para o fortalecimento da liderança técnica do Ministério da Saúde (MISAU) em tratamento e cuidados, tais como o financiamento de aconselhamento e testagem voluntários; aumento do fornecimento de medicamentos para tratar infecções oportunistas, anti-retrovirais e materiais (incluindo preservativos); fortalecimento da capacidade laboratorial para possibilitar diagnósticos e monitorizar a terapia de HIV e infecções oportunistas; reforço da bio-segurança e segurança do sangue; formação; e monitorização e avaliação do progresso da epidemia.

Através do Programa TAP, o Banco Mundial está a prestar apoio e a financiar o Ministério da Saúde para medicamentos anti-retrovirais, tratamento, apoio a cuidados domiciliários, medicamentos para infecções oportunistas, testagem e aconselhamento voluntário e PTV. O programa TAP em Moçambique é implementado por três ONGs internacionais que são directamente contratadas pelo Ministério da Saúde, nomeadamente: Comunidade Santo Egídio (CSE), Health Alliance International (HAI) e Pathfinder International. De momento, a CSE tem um dos mais avançados pacotes de benefícios de nutrição e sistema de M&A do HIV/SIDA em Moçambique (como será mais detalhado no próximo capítulo). Um dos maiores desafios deste programa particular é como ampliar para beneficiar uma maior percentagem de PVHS.

Um dos maiores contribuintes para o domínio do HIV/SIDA em Moçambique é o PEPFAR (Estados Unidos da América). O programa PEPFAR empenhou aproximadamente 60 milhões de dólares americanos em 2005, passando para cerca de 94 milhões de dólares americanos em 2006 e até aproximadamente 125 milhões de dólares americanos em 2008 para organizações governamentais e não-governamentais a trabalhar no domínio do HIV/SIDA. Os principais receptores de apoio financeiro foram o Ministério da Saúde, a Columbia University, John Snow, a Population Services International, a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), a Visão Mundial, a Health Alliance International (HAI), a Family Health International (FHI). O apoio do PEPFAR está concebido para aumentar substancialmente em 2008. O PEPFAR também canaliza fundos para o PMA desde 2007 para provisão de apoio alimentar a doentes em TARV. A Caixa 1 dá uma boa ideia das diversas abordagens dos principais financiadores em Moçambique.

Caixa 1. Análise comparativa dos financiamentos do PEPFAR, do Banco Mundial e do Fundo Global para o HIV/SIDA em Moçambique

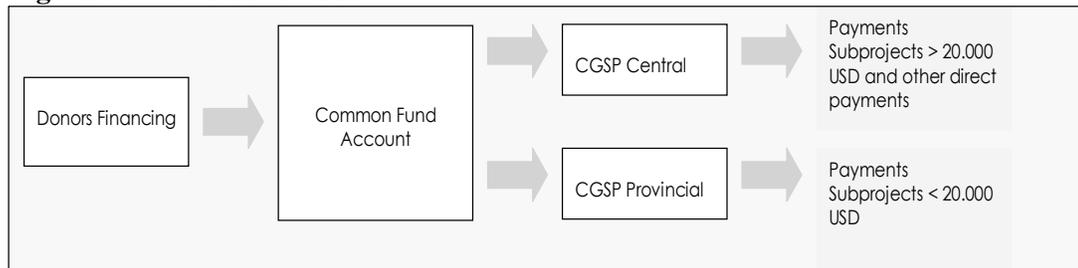
- **“PEPFAR - Uma Resposta a Emergências Baseada no Alcance de Metas:** O financiamento é largamente atribuído com base em requisitos estabelecidos pelo Congresso dos Estados Unidos. A maior parcela vai para o tratamento. As organizações beneficiárias do PEPFAR, escolhidas largamente pela sua capacidade de cumprir metas, têm poucos constrangimentos de capacidade. Os fundos tendem a afluir rapidamente e da forma prevista. A maior parte do PEPFAR vai para entidades internacionais principalmente não-governamentais (dos EU) e embora algum dinheiro seja transferido para receptores governamentais, o financiamento global é gerido e supervisionado por pessoal do Governo dos Estados Unidos.”
- **“O Fundo Global - Financiamento Flexível Baseado em Apropriação (Ownership) e Desempenho do País -** Oferece um volume moderado de fundos atribuídos de forma altamente flexível. Através do Mecanismo de Coordenação do País (CCM - *Country Coordinating Mechanism*), partes interessadas reconhecidas nos países beneficiários determinam que programas obtêm dinheiro do Fundo Global. Nos últimos anos, uma crescente parcela tem sido dedicada a tratamento. O dinheiro do Fundo Global é normalmente desembolsado para o governo nacional com o dinheiro gasto de acordo com procedimentos concebidos pelo país, e por receptores seleccionados. O dinheiro do Fundo Global tem enfrentado significativos nós de estrangulamento devido a falta de capacidade das organizações receptoras de gerir fundos.”
- **“O Banco Mundial - Fortalecimento da Resposta Nacional Tendo como Objectivo Receptores, Capacitação e Fortalecimento Institucional:** Embora modesto comparado com os montantes de outros doadores, os fundos do MAP incidem unicamente sobre o fortalecimento da resposta nacional à SIDA, atribuindo o seu dinheiro a tipos particulares de receptores, tais como o Conselho Nacional de Combate ao SIDA; dá também prioridade a capacitação e fortalecimento institucional mais do que a áreas programáticas particulares, tais como prevenção, tratamento ou cuidados. Todo o financiamento do MAP é desembolsado primeiro para o governo nacional de acordo com os procedimentos específicos do MAP. Os fundos do MAP deparam com significativos nós de estrangulamento ao passarem pelo sistema do Governo por causa de uma combinação de extensos requisitos processuais e de apresentação de relatórios, pessoal estatal sobrecarregado e complicações burocráticas.”

Fonte: Center for Global Development 2007. “Following the Funding for HIV/AIDS. A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and the World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia.”

Num esforço para assegurar uma resposta harmonizada e coordenada à pandemia em Moçambique e para reduzir custos de transacção, foi criado pelo CNCS e os seus principais parceiros em Abril de 2006 um mecanismo de financiamento coordenado ou junção de recursos designado ‘Fundo Comum’. Os fundos são proporcionados directamente ao Conselho Nacional de Combate à SIDA, que gere a conta e os desembolsos. Os doadores que participam no fundo comum são o Canadá, a Dinamarca, a Irlanda, a Suécia, o Reino Unido, o Fundo Global de Luta contra a SIDA, a Tuberculose e a Malária, e o Banco Mundial.

Os desembolsos do Fundo Comum do CNCS são descentralizados para as províncias para pagamentos abaixo de 20.000 USD. Acima de 20.000 USD, os pagamentos são feitos directamente a partir da conta de gestão de subprojectos criada a nível central. Indica-se na figura 9 abaixo o fluxo de fundos. Foi preparado e está neste momento a ser revisto um manual de procedimentos para a obtenção de fundos. Esse manual inclui impressos de candidatura a “subprojectos” de várias categorias, como, por exemplo, subprojecto de tipo A (o valor de um subprojecto é acima de 19.999,00 USD) subprojecto de tipo B (o valor de um subprojecto é entre 1.999,00 USD e 19.999,00 USD) e subprojecto de tipo C (o valor de um subprojecto é de menos de 1.999,00USD)

Figura 9. Fluxo de Fundos



Fonte: Autor

As ONGs locais e internacionais são os principais parceiros na implementação de programas de HIV/SIDA a nível da comunidade em Moçambique. De momento, a maior parte dos subprojectos do CNCS estão a ser implementados por ONGs. A capacidade de implementação actual é ainda limitada, retardando assim a implementação no terreno. Uma das razões para a baixa capacidade de absorção dos actores locais é a falta de pessoal qualificado e experiente e/ou dos sistemas necessários para gerir adequadamente os recursos. Para melhorar as respostas da sociedade civil, o CNCS está a proporcionar apoio técnico para desenvolvimento organizacional com base em medidas específicas definidas no PEN 2005–2009. Ainda não foram incluídas neste apoio prestado questões de nutrição. Um outro factor que tem tornado lenta a resposta são os pesados procedimentos burocráticos e excessivas estruturas organizacionais que se encontram instalados para a aprovação e desembolso de fundos pelo CNCS. Estão em curso tentativas para finalizar a contratação de uma Agência de Gestão de Donativos privada (GMA - *Grant Management Agency*) que aceleraria o processo e facilitaria a gestão de todos os donativos – para as organizações da sociedade civil e o sector público – em nome do CNCS. A Caixa 2 abaixo apresenta uma visão geral dos principais papéis e responsabilidades do CNCS com respeito à gestão de subvenções.

Caixa 2. O papel e a responsabilidade do Secretariado Executivo do CNCS

O papel e a responsabilidade do Secretariado Executivo do CNCS consistem no seguinte:

- Facilitar a descentralização da resposta nacional.
- Mapear as áreas geográficas caracterizadas por comportamento de risco e conceber um programa operacional integrado para cada uma das áreas identificadas.
- Manter diálogo com órgãos políticos, agências programáticas e financeiras a nível nacional e internacional.
- Desenvolver legislação e outros instrumentos legais para facilitar a implementação das metas definidas no PEN 2005-09.
- Conceber estratégias e planos anuais para implementação de subprojectos, incluindo desenvolvimento organizacional, capacitação de recursos humanos, comunicação e advocacia.
- Promover a comunicação e a troca de experiências entre subprojectos.
- Avaliação técnica das propostas de sub-subvenções a nível nacional.
- Supervisionar e avaliar as actividades de sub-subvenções.
- Avaliar e aprovar os relatórios programáticos e financeiros submetidos à GMA*.
- Assegurar que a auditoria financeira da GMA se realize.
- Realizar supervisão regular no terreno bem como avaliações de impacto regulares.

(*A GMA (*Grants Management Agency*) é a agência de gestão de subvenções a ser contratada pelo CNCS)

Fonte: CNCS Sub-Projects Guideline, versão de Maio de 2006.

Foi feito algum progresso na implementação da estratégia nacional de HIV/SIDA. O número de subprojectos financiado através do CNCS aumentou de 2 em 2003, para 595 em 2004 e 1.383 em 2005. Mas em 2006 apenas 395 subprojectos do CNCS foram aprovados no país, e a situação deteriorou-se ainda mais em 2007, com apenas 296 subprojectos. O abrandamento das actividades resultou de prolongadas negociações com a Agência de Gestão de Donativos¹⁶ e também de consideráveis atrasos na substituição de pessoal técnico no CNCS.

Os vários ministérios e suas autoridades provinciais prepararam planos operacionais para 2006/2007 e, como resultado, a capacidade de planificação dos pontos focais de HIV/SIDA dentro dos ministérios aos níveis nacional e local foi fortalecida. No entanto, em Fevereiro de 2008, durante a missão de supervisão do Banco Mundial, notou-se que aproximadamente metade das instituições públicas (17 de 37) não tinham recebido desembolsos em 2007.

São ainda consideráveis os desafios. A capacidade do Secretariado do CNCS, a dos núcleos provinciais e de todas as outras partes interessadas relevantes de vários sectores necessitaria de ser reforçada para se assegurar uma implementação adequada dos respectivos planos de acção e monitorização contínua da resposta nacional. Uma atenção especial teria de ser dada à libertação atempada de fundos pelo CNCS para HIV/SIDA a todos os sectores, incluindo o sector privado. Embora o CNCS financie actividades de nutrição, nota-se que não há nenhuma janela de financiamento

¹⁶ World Bank, Aide Memoire. Supervision Mission. February 2008.

específica consagrada a nutrição ou a projectos relacionados com nutrição nos procedimentos traçados pelo CNCS.

2.1.3 Actividades de Nutrição Financiadas pelo CNCS

Os dados para esta análise basearam-se no Mapeamento de Projectos em implementação 2005/2006 do CNCS¹⁷. O objectivo desta avaliação preliminar foi ‘contar todas as actividades relacionadas com nutrição’ financiadas pelo CNCS. Para efeitos de análise dos programas relacionados com nutrição financiados pelo CNCS, foram incluídas as seguintes subcategorias na definição de “relacionados com nutrição: a) projectos com objectivos nutricionais chave; b) pacotes de alimentos básicos ou suplementos nutricionais; c) projectos de segurança alimentar; d) projectos de geração de rendimento (entre as principais categorias encontram-se horticultura, associações de cooperativas agrícolas HIV/SIDA, pescas, projectos de criação animal com pequenas espécies, aviários, galinheiros); e) outros projectos com uma componente de distribuição alimentar, como, por exemplo, cuidados domiciliários; f) educação, formação, projectos de consciencialização ou capacitação que incluíssem uma componente de nutrição. A amostra utilizada nestes dados provém de onze províncias que reportaram ao nível central do CNCS.

A população que se teve em vista incluiu: activistas/trabalhadores de cuidados domiciliários, mulheres, jovens e COVs (Crianças Órfãs & Vulneráveis). Note-se que são quase inexistentes as actividades relacionadas com nutrição para grupos de ‘alto risco’, tais como camionistas, presidiários libertos, militares e trabalhadores de sexo.

Esta avaliação preliminar de actividades relacionadas com nutrição do CNCS revelou que entre 2005 e 2006, 39% do portfólio actual foi consagrado a actividades relacionadas com nutrição, como mostra a tabela 3, com a maior parte das intervenções incidindo sobre iniciativas de distribuição de alimentos. O financiamento é concedido a diferentes tipos de organizações, tais como organizações comunitárias, do sector privado, instituições internacionais e nacionais. Em Niassa e Cabo Delgado há muito poucas intervenções relacionadas com nutrição (5%) no total dos projectos, o que provavelmente reflecte as mais baixas taxas de prevalência de HIV nas duas províncias. Sofala e a província e a cidade de Maputo têm uma percentagem mais elevada de intervenções relacionadas com nutrição do que a média nacional de 39 por cento, o que está, em grande medida, em sintonia com as taxas de prevalência de HIV/SIDA no país.

¹⁷ CNCS. “Mapeamento dos subprojectos anual - 2005/2006.”

Tabela 3. Intervenções Relacionadas com Nutrição do CNCS 2006

<i>Província</i>	<i>Número de actividades relacionadas com nutrição</i>	<i>Número de subprojectos relacionados com HIV/SIDA aprovados pelo CNCS em 2006</i>	<i>Actividades relacionadas com nutrição como percentagem do total de subprojectos de HIV/AIDS aprovados pelo CNCS (%)</i>
Niassa	2	38	5
Cabo Delgado	2	39	5
Nampula	14	63	22
Zambézia	78	234	33
Sofala	112	157	71
Manica	11	34	32
Tete	25	109	23
Inhambane	14	82	17
Gaza	9	29	31
Província de Maputo	75	148	51
Cidade de Maputo	97	167	58
<i>Total</i>	<i>439 (39%)</i>	<i>1.100 (100%)</i>	

Fonte: CNCS 2006.

2.1.4 Sistema de Monitorização e Avaliação do CNCS¹⁸

O CNCS tem a responsabilidade primária de coordenar o sistema de M&A da resposta nacional ao HIV e concentra a sua atenção em primeiro lugar sobre intervenções de prevenção e mitigação. O Ministério da Saúde tem a responsabilidade primária de coordenação de toda a informação sobre tratamento, incluindo cuidados e apoio (isto é, cuidados domiciliários). O quadro multisectorial de M&A do PEN inclui 27 indicadores nacionais fundamentais para monitorizar a resposta nacional ao HIV/SIDA. Embora se reconheça a extrema importância das intervenções nutricionais para pessoas vivendo com HIV/SIDA na gestão de sintomas, na redução da susceptibilidade a infecções oportunistas, na promoção da resposta a tratamento médico, e no melhoramento global da qualidade de vida, os indicadores de M&A aprovados para monitorizar a implementação das actividades do PEN II ainda têm de incluir os relacionados com nutrição, como indicado no anexo 11.

A informação sobre os indicadores do sistema de M&A seleccionados para a resposta nacional ao HIV/SIDA é coligida a partir das seguintes fontes: i) o sistema de vigilância epidemiológica criado em 1988 pelo Programa Nacional de Controlo de ITS/HIV/SIDA no Ministério da Saúde; ii) os inquéritos de base populacional que recolhem informação através de inquéritos às populações nacionais (por exemplo IDS, QUIBB) e pesquisas suplementares concebidas para grupos-alvo a nível nacional ou provincial; iii) pesquisas sobre o acesso a serviços de saúde em unidades sanitárias seleccionadas e a resposta desses serviços; iv) informação respeitante a escolas que estão a proporcionar formação sobre questões relacionadas com HIV/SIDA; e v) pesquisas sobre políticas e programas de prevenção e tratamento implementados em

¹⁸ República de Moçambique, CNCS, “Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA”, 2005 e República de Moçambique, CNCS, Circular n° 02-2005, “Informação sobre procedimentos”, 2005.

locais de trabalho. Foi criada uma base de dados para monitorizar todos os projectos em curso financiados pelo CNCS ou outras fontes.

Para apoiar o sistema de M&A foi criado um grupo de trabalho multisectorial, que integra grupos de trabalho temáticos. O grupo é coordenado a nível central pelo SE-CNCS, e é composto por representantes de vários ministérios (MISAU, MMAS, MEC, MINAG, MF), representantes da sociedade civil e de associações de PVHS, representantes de instituições de pesquisa, e da comunidade de doadores que apoiam o sistema de M&A.

O sistema de M&A estabelecido deve apresentar: i) relatórios trimestrais sobre a cobertura das actividades de HIV/SIDA; ii) Relatório anual de M&A de HIV/SIDA; iii) Relatório bianual ao UNGASS sobre o HIV/SIDA.

O Secretariado Executivo do CNCS, através da unidade de monitorização e avaliação, e com a colaboração do grupo de trabalho multisectorial, preparou recentemente uma lista de indicadores de Monitoria e Avaliação (M&A) da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA. O quadro lógico de M&A baseia-se nos princípios da Estratégia Nacional de HIV/SIDA que são: redução das novas infecções de HIV/SIDA e outras ITSs, melhoramento da qualidade de vida das pessoas infectadas e a afectadas pelo HIV/SIDA.

O sistema nacional de M&A integra uma série de mecanismos necessários para uma gestão eficiente das intervenções, que inclui o seguimento da evolução da epidemia. Um bom sistema de M&A deverá servir para informar melhor a concepção de políticas, programas e planos de acção em Moçambique. Os indicadores do sistema de M&A seleccionados até à data tomaram em consideração os compromissos internacionais assumidos por Moçambique, designadamente, os objectivos de desenvolvimento do Milénio (ODM). Também se têm registado tentativas de harmonizar indicadores a partir de diversas fontes, entre as quais as seguintes: os indicadores de HIV/SIDA do UNGASS, indicadores no quadro do projecto MAP do Banco Mundial e do projecto do Fundo Global, bem como informação relevante do Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) e os respectivos planos sectoriais de saúde e educação.

Algumas ONGs de implementação têm indicadores de monitorização e avaliação relacionados com nutrição incluídos nos seus próprios programas. Os indicadores de impacto mais comuns que constam dos programas com actividades de nutrição são medidas antropométricas dos beneficiários e indicadores de processo que incluem as quantidades de alimentos distribuídas e os beneficiários atingidos pelos programas.

O CNCS concebeu um quadro de monitorização e avaliação com metas e responsabilidades específicas. Este quadro é sumariado na tabela 4 abaixo. Nos termos do sistema proposto, foram identificadas responsabilidades aos diferentes níveis de implementação, nomeadamente, comunitário, provincial e central. Mais detalhes do quadro de M&A podem ser encontrados no manual de monitorização e avaliação disponibilizado pelo CNCS (CNCS 2005). Não há de momento resultados do sistema que possam ser usados para avaliar a sua eficácia. A monitorização de intervenções especificamente relacionadas com nutrição ou de resultados de nutrição não está contemplada no sistema de M&A como ele se apresenta.

Tabela 4. Sistema de Monitorização e Avaliação

<i>Tipo de Monitorização e Avaliação</i>	<i>Periodicidade</i>	<i>Instrumentos para preparar a avaliação</i>	<i>Responsabilidade pela preparação da avaliação</i>	<i>Responsabilidade pela avaliação</i>
Monitorização do Progresso	Semi-anual	Relatórios Semi-anuais	Unidade de monitorização e avaliação em colaboração com o Grupo Multisectorial	Secretariado Executivo e CNCS
Avaliação da Eficiência e Eficácia	Entre o início do 6º semestre de implementação e o fim do 7º	Relatório da Avaliação Intermédia	Unidade de Monitorização e Avaliação em colaboração com o Grupo Multisectorial	A avaliação intermédia será feita por uma equipa externa e o relatório será apresentado ao Secretariado Executivo e ao CNCS
	No fim do período de implementação	Avaliação do Relatório Final	Unidade de Monitorização e Avaliação em colaboração com o Grupo Multisectorial	A avaliação final será feita pela equipa externa e o relatório será apresentado ao Secretariado Executivo e ao CNCS
Avaliação de Impacto	No fim do período de implementação			

Fonte: CNCS 2005. “Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009 – Livro II, Objectivos e Estratégias.”

2.2. Ministério da Saúde (MISAU), SANHA/SETSAN

O Ministério da Saúde está mandatado para produzir políticas, directrizes técnicas e coordenação do desenvolvimento e técnica na área da nutrição e HIV/SIDA. O MISAU é também responsável por reabilitação nutricional, aconselhamento e educação para a nutrição e micronutrientes. Como parte da estratégia de coordenação, o Ministério da Saúde reuniu um grupo técnico composto por todas as instituições e organizações chave para apoiar o trabalho de nutrição no domínio do HIV/SIDA. Há dois grupos de trabalho estabelecidos no país, o SANHA, sob coordenação do SETSAN, e o grupo de trabalho técnico para HIV/SIDA e nutrição subordinado ao Ministério da Saúde. Estes grupos começaram a trabalhar em regime de colaboração para maximizar as complementaridades.

O governo moçambicano comprometeu-se a assegurar que todos os cidadãos, a qualquer altura, tenham disponibilidade suficiente de alimentos em qualidade e variedade adequadas para poder levar uma vida activa e saudável. Nesse contexto, em Dezembro de 1998, o Conselho de Ministros aprovou a primeira estratégia de segurança alimentar e nutrição e criou o Secretariado Técnico de Segurança Alimentar e Nutrição (SETSAN), liderado pelo Ministério da Agricultura e Pescas. A principal responsabilidade deste Secretariado é a coordenação das actividades de segurança alimentar e nutrição e o desenvolvimento de políticas. A segunda Estratégia Nacional de Segurança Alimentar e Nutrição foi aprovada pelo Conselho de Ministros em 2007, tendo como principais objectivos:

- Garantir a auto-suficiência alimentar no país.
- Contribuir para melhorar o poder de compra dos agregados familiares.
- Reduzir a incidência da desnutrição (aguda e crónica) através do melhoramento das condições de saúde, água e saneamento e de melhorias na alimentação e educação para nutrição.

- Trabalhar com vista assegurar o direito humano de alimentação para todos.
- Aumentar a capacidade dos agregados familiares para fazerem face a variações sazonais no acesso a alimentos e aumentar o acesso físico e económico dos agregados familiares a alimentos.
- Criar e desenvolver respostas institucionais multisectoriais interdisciplinares para questões de segurança alimentar e nutrição nacionais.
- Devido ao impacto negativo do HIV/SIDA sobre a segurança alimentar e a nutrição, foi criado um subgrupo (SANHA), que lida com a questão sob tutela do SETSAN. O SANHA tem trabalhado activamente e no ano passado produziu um manual de Procedimentos: Insegurança alimentar, nutrição e HIV/SIDA. O grupo de trabalho SANHA colabora activamente com o grupo de trabalho do Ministério da Saúde para nutrição.

3. Quadro de Políticas para HIV/SIDA e Nutrição

Graças a uma forte liderança política desenvolveram-se planos estratégicos de HIV/SIDA para os principais sectores e províncias, assim como dois Programas-Quadro nacionais preparados sob os auspícios do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). O segundo programa, o PEN II, aprovado em 2005, deu orientações para estratégias de HIV/SIDA na altura em que o documento foi preparado. Aos níveis nacional e provincial, 25 sectores e todas as províncias prepararam planos operacionais para o período 2006/2007 em torno das sete áreas estratégicas do PEN II, nomeadamente: Prevenção, Advocacia, Estigma & Discriminação, Tratamento, Mitigação, Pesquisa e Coordenação da Resposta Nacional.

Durante a última década, foram feitos esforços no sentido de incorporar HIV/SIDA nas políticas estratégicas relevantes, mas os aspectos de alimentação e nutrição ainda estão pouco representados. As potencialidades para sinergias multisectoriais e transversais ainda não foram adequadamente exploradas em nenhum dos documentos de planificação estratégicos, o que conduziu a uma insuficiente provisão de recursos a intervenções de nutrição em todos os sectores e a um subsequente impacto negativo nos resultados de muitos dos programas sectoriais.

A tabela 5 que se segue dá uma visão geral das principais políticas estratégicas moçambicanas para HIV/SIDA e nutrição conforme traçadas nos principais documentos de planificação.

Tabela 5. Políticas Estratégicas de Moçambique para HIV/SIDA e Nutrição

<i>Políticas Estratégicas de Moçambique e Agências Responsáveis</i>	<i>Periodicidade</i>	<i>Comentários relevantes para HIV/SIDA & Nutrição</i>
<i>Estratégias e Planos Intersectoriais</i>		
Programa de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA II) Todos os sectores	2006-2009	A importância do HIV/SIDA, tal como o impacto do HIV/SIDA na segurança alimentar e nutrição, está reflectida no quadro de redução da pobreza e nos ODMs. Os indicadores de nutrição do PARPA são: <ul style="list-style-type: none"> • Redução da desnutrição infantil (crónica e baixo peso). • Percentagem da população com uma qualidade dietética aceitável.

Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA (PEN II) CNCS	2005-2009	<p>O PEN II reflecte a importância da nutrição nas áreas de tratamento, cuidados e mitigação. Não há nenhuma ligação explícita com nutrição nas estratégias de prevenção.</p> <p><i>Objectivo do tratamento:</i> Prolongar e melhorar a qualidade de vida de pessoas infectadas com HIV e doentes de SIDA. A estratégia para alcançar o objectivo consiste em assegurar que a componente de nutrição seja devidamente promovida e que o tratamento tenha continuidade e sustentabilidade.</p> <p><i>Objectivo dos cuidados:</i> Expandir a rede de cuidados domiciliários (CDs). A estratégia para alcançar este objectivo consiste em capacitar as famílias com PVHS a proporcionarem cuidados apropriados a doentes, incluindo o melhoramento da sua dieta através da introdução de alternativas nutricionais.</p> <p><i>Objectivo da mitigação:</i> Fortalecer a segurança alimentar de pessoas, agregados familiares e comunidades afectados pelo HIV/SIDA. Há duas estratégias relevantes para se atingir este objectivo, designadamente: proporcionar monitorização sistemática das condições de segurança alimentar dando prioridade a áreas com elevada prevalência de infecção de HIV, e fortalecer a capacidade de distribuição de suplementos nutricionais para PVHS.</p> <p>Além disso, o PEN II identifica áreas de pesquisa que proporcionarão evidências da interacção entre a pobreza, a desnutrição e a vulnerabilidade ao HIV/SIDA.</p>
Estratégia de Segurança Alimentar e Nutrição (ESAN II) SETSAN	2007-2012	O HIV/SIDA e o impacto sobre a segurança alimentar e nutrição estão presentes na descrição. Os objectivos estratégicos específicos não se referem explicitamente ao HIV/SIDA (ver o parágrafo sobre Órgãos de Coordenação no SETSAN).
Plano Multissectorial para Crianças Órfãs e Vulneráveis Ministério da Mulher e da Acção Social	2005-2010	O plano prevê a provisão de um conjunto mínimo de serviços, estabelecidos por vários sectores, respectivamente saúde, educação, justiça, administração estatal e mulher e acção social, para procurar dar resposta às necessidades das crianças mais vulneráveis no período 2005-2010. A alimentação foi incluída mas a nutrição foi referida apenas da passagem e não como uma questão de princípio para o bem-estar das crianças órfãs e vulneráveis.
<i>Estratégias Sectoriais</i>		
Plano Estratégico Nacional para DTS/HIV/SIDA MISAU	2004-2008	<p>Ou plano reconhece que uma alimentação adequada em PVHS é fundamental para a sobrevivência e melhoramento da sua qualidade de vida. As principais estratégias relevantes para a nutrição são:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prestar assistência técnica às instituições que distribuem alimentos para PVHS. • Aconselhar sobre as necessidades nutritivas de PVHS. • Assegurar que se considere na medicação para PVHS suplementação em micronutrientes. • Proporcionar a PVHS informação sobre nutrição. • Fortalecer o aconselhamento de mães no que respeita à alimentação infantil. • Formar pessoal de saúde em questões relativas a políticas nacionais de alimentação infantil. <p>Não foram criados laços entre políticas que possam aumentar a capacidade dos agregados familiares para acederem a uma dieta adequada – por exemplo, políticas de segurança alimentar.</p>

Plano Estratégico do Sector Saúde (PESS) MOH	2007-2012	O principal objectivo do PESS é reduzir a mortalidade de menores de cinco anos em dois terços até 2015. O principal objectivo relativamente ao HIV/SIDA é reduzir em 25% as taxas de infecção de pessoas com 15–24 anos. Em termos de TB e malária, o objectivo é reduzir a mortalidade em 50% até 2015. O PESS tem em vista reduzir em três quartos a taxa de mortalidade materna e assegurar o acesso universal a serviços de saúde sexual e reprodutiva no mesmo período de tempo. A nutrição é referida em termos de melhoramentos em dietas hospitalares de doentes internados e necessidade de melhor pesquisa de nutrição.
Plano Estratégico de Nutrição MISAU	2004	Os objectivos prioritários são os seguintes: <ul style="list-style-type: none"> • Redução da prevalência de desnutrição crónica de 44% para 30% em 5 anos e 18% em 10 anos. • Redução da prevalência de deficiência de iodo nas províncias mais afectadas para 35% em 3 anos, 25% em 5 anos e 5% em 10 anos. • Redução da prevalência de deficiência de vitamina A: em crianças de 6-59 meses para 50% em 3 anos, 40% em 5 anos e 25% em 10 anos; em mulheres em idade reprodutiva de 5% em 5 anos, 1% em 10 anos. • In women in reproductive age of 5% in 5 years, 1% in 10 years. • Redução da prevalência de anemia: em crianças de 6-59 meses, em 60% em 3 anos, 50% em 5 anos e 30% em 10 anos; e em mulheres a idade reprodutiva, em 40% em 3 anos, 30% em 5 anos e 15% em 10 anos. Objectivos específicos de nutrição e HIV/SIDA: <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer a capacidade de advocacia em nutrição e HIV/SIDA e nutrição (transversal). • Estudar a relação entre HIV/SIDA e nutrição. • Proporcionar alimentos e suplementos nutricionais a PVHS e crianças órfãs e vulneráveis.
Plano Estratégico Sectorial de Combate ao HIV SIDA Ministério da Agricultura	2006-2010	O plano estratégico agrícola para HIV/SIDA segue as mesmas áreas prioritárias definidas no PEN II. Não há estratégias específicas na área de nutrição, embora estejam reflectidos nos objectivos as ligações com a segurança alimentar dos agregados familiares. Não é feita nenhuma referência ao plano estratégico do Ministério da Saúde.
Plano Estratégico para HIV/SIDA do Ministério da Educação e Cultura (PEEC) Ministério da Educação e Cultura	2005	O plano estratégico para HIV/SIDA está integrado no Plano Estratégico do Ministério da Educação e Cultura. As intervenções de HIV/SIDA relevantes para a nutrição são os programas alimentares escolares e os programas de mitigação direccionados para COVs que visam proporcionar redes de segurança.
Plano Nacional para Crianças Órfãs e Vulneráveis Ministério da Mulher e da Acção Social	2006	As estratégias e acções prioritárias proporcionam um quadro para o melhoramento da intervenção multisectorial direccionada para COVs. Fazem parte do plano considerações de nutrição relativas a agregados familiares e especificamente de nutrição para crianças a frequentar escolas. Não há, todavia, intervenções programáticas concretas detalhadas no documento.
Plano Nacional da Pessoa Idosa 2006-2011 Ministério da Mulher e da Acção Social	2006	O principal objectivo do plano nacional é a promoção da participação e integração de pessoas idosa no processo de desenvolvimento através da prestação de serviços sociais para melhoramento da sua qualidade de vida e dos seus direitos. Não foram especificadas neste plano intervenções de HIV/SIDA.

Fonte: Autor

Como se pode ver na tabela acima, alguns dos quadros de políticas nacionais reconhecem explicitamente o importante papel da nutrição na luta contra os efeitos do HIV/SIDA e o impacto deste na segurança alimentar e no estado nutricional. No entanto, há claras diferenças na operacionalização destas intenções devido a: falta de intervenções de nutrição identificadas; inadequada referência cruzada entre planos sectoriais; falta de parâmetros de monitorização e avaliação para medição do progresso em termos de resultados de nutrição; e baixa capacidade.

Para melhorar o ambiente de implementação, todos os órgãos de coordenação responsáveis por questões transversais deverão trabalhar para alinhar políticas dos vários sectores, o que requer uma forte liderança política e recursos humanos e financeiros acrescidos. O orçamento de actividades transversais é de particular importância para assegurar operacionalização.

Apesar de tudo, está a registar-se progresso, como indicado no mais recente “Plano Estratégico para o Sector Saúde 2007–2012”.

3.1. Recursos Humanos para Saúde

Os recursos humanos para lidarem com intervenções no domínio da prevenção e tratamento de HIV/SIDA continuam a ser o principal desafio em todo o mundo e, especialmente, em Moçambique. O número de médicos e enfermeiros por paciente é muito baixo comparativamente a outros países da África Austral, como indicado na tabela 6 abaixo. Quando se lida com uma pandemia complexa como a do HIV/SIDA há claramente um impacto que exige demasiado do já de si fraco sistema nacional de saúde. Outro factor agravante é a elevada taxa de perda de trabalhadores de saúde devido ao HIV/SIDA. Um estudo recente revelou que cerca de 10-15% dos trabalhadores podem morrer de SIDA entre 2002 e 2010.¹⁹

Tabela 6. Rácio de Profissionais de Saúde por 10.000 Habitantes em Países da SADC Seleccionados e na África Subsariana

<i>País</i>	<i>Número de médicos</i>	<i>Número de enfermeiros e parteiras</i>	<i>Número de profissionais de saúde</i>
Angola	0,8	11,9	12,7
Malawi	0,1	2,6	2,7
Moçambique	0,2	2,8	3,1
Suazilândia	1,8	32,0	33,8
África do Sul	6,9	38,8	45,7
Tanzânia	0,2	3,7	3,9
Zimbabwe	0,6	5,4	6,0
África Subsariana	1,8	8,8	10,6

Fonte: Statistiques Sanitaires Mondiales 2005. “Organisation Mondiale de la Santé.” Os anos de referência são: Angola, 1997; Malawi, 2003; Moçambique, 2000; Suazilândia 2000; África do Sul 2001; Tanzânia 2002; e Zimbabwe 2003.

¹⁹ MISAU 2003. “Relatório da Avaliação Conjunta.”

No interior do país há também diferenças entre as províncias (como indicado nos anexos 12 e 13, respectivamente, segundo dados de 2006). Por exemplo, a província da Zambézia tem a mais baixa cobertura em termos do rácio médico/habitantes e do rácio enfermeiro/habitante. À Zambézia seguem-se as províncias de Tete e Niassa, respectivamente, em termos de rácio médico/habitante; e Cabo Delgado e Nampula, respectivamente, em termos de baixa cobertura de enfermeiros. Em Moçambique, a maioria dos trabalhadores de saúde tem apenas formação básica ou elementar, isto é, há 47% de nível básico e 24% de nível elementar, respectivamente, e apenas 6% têm um nível de habilitações mais elevado.

O acesso a TAR é, de momento, um dos maiores desafios da prestação de cuidados de saúde pelas instituições de saúde. Oferecer serviços de qualidade exige que os profissionais de saúde a todos os níveis estejam formados em questões relativas ao HIV/SIDA e aos seus laços com a nutrição. Presentemente, muito poucos médicos são treinados e autorizados a prescrever tratamento anti-retroviral, embora o Ministério da Saúde esteja a fazer grandes esforços para aumentar o número de médicos qualificados na área do tratamento. Está em curso a formação de assistentes médicos ('técnicos de medicina') e enfermeiros de saúde materno-infantil, em identificação, aconselhamento, tratamento e cuidados para doentes em programas de tratamento anti-retroviral (TAR) e PTV. O Ministério da Saúde está a treinar também conselheiros em aconselhamento e testagem voluntária e conselheiros para apoio psicossocial.

A gestão de programas de cuidados domiciliários e o apoio a esses programas é muito difícil devido à falta de recursos humanos a nível de Departamento de Saúde Provincial para coordenar actividades, à falta de recursos financeiros para apoio material e ao baixo número de parceiros de implementação comunitários. O Ministério da Saúde esteve a formar formadores de voluntários que têm estado a implementar intervenções de cuidados domiciliários desde 2002. No entanto, o programa de formação não cobre todas as necessidades do país. Um dos nós de estrangulamento é a incapacidade da maioria dos parceiros comunitários de aceder a fundos para estas actividades²⁰, mesmo sendo os cuidados domiciliários vistos como uma prioridade no PEN II. Foi incluída na formação de trabalhadores/voluntários para cuidados domiciliários uma componente básica de nutrição, que está a ser actualizada para se tornar mais prática em função dos recursos disponíveis e das condições locais.

O Ministério da Saúde concebeu um plano estratégico para desenvolvimento de recursos humanos para 2005–2010²¹, assim como um plano para a formação acelerada de técnicos de saúde para 2006–2009. Na elaboração destes dois documentos, foi considerada a situação demográfica, social e económica e epidemiológica, incluindo a crescente prevalência de HIV/SIDA no país. O MISAU está agora a preparar o Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos 2008–2015 tendo em conta os desenvolvimentos recentes nos padrões da doença e a decisão de ampliar os serviços por forma a atingir as metas de desenvolvimento do milénio (ODM). O PESS 2007–

²⁰ Os requisitos processuais do financiamento do CNCS excedem frequentemente a capacidade das organizações comunitárias, o que, associado ao extremamente demorado processo adoptado pelo CNCS conduziu a nós de estrangulamento no sistema e à falta de fundos disponíveis para organizações comunitárias.

²¹ República Moçambique, Direcção dos Recursos Humanos 2005. "Plano Estratégico de Desenvolvimento de Recursos Humanos, período 2005-2010 (2ª versão preliminar)."

2012 refere-se à questão dos recursos humanos e define as seguintes metas específicas:

- O Plano de Desenvolvimento de Recursos Humanos revisto até ao 1º semestre de 2008.
- Um plano de carreiras profissionais revisto até Dezembro de 2008.

3.2. Recursos Humanos na Área da Nutrição

Há muito poucos nutricionistas qualificados no país. O sistema de saúde formou cerca de 95 técnicos nutricionistas²² ao longo dos dez últimos anos (de um modo geral um técnico por cada 200.000 pessoas), a maioria dos quais estão a trabalhar no sistema de saúde aos níveis provincial e distrital. Poucos foram empregados por ONGs. Há aproximadamente 10 nutricionistas plenamente qualificados²³ (aproximadamente 1 nutricionista por 1.900.000 pessoas). Foi aberto na universidade pública de Nampula o primeiro curso de licenciatura para nutricionistas, do qual sairão os primeiros graduados em 2012.

3.3. Formação em Nutrição

Presentemente, a maioria dos cursos para profissionais de saúde incluem formação em HIV/SIDA; esta formação é geralmente fraca em termos de nutrição. Foram também realizados cursos de reciclagem para pessoal médico e de enfermagem a trabalhar em serviços relacionados com HIV/SIDA.²⁴ Dedicar-se pouco tempo à nutrição nos cursos para trabalhadores de saúde, dos quais o ensino de ‘HIV/SIDA e nutrição’ constitui apenas uma pequena parte. A maior parte dos trabalhadores de saúde em exercício não receberam formação abrangente em HIV/SIDA e nutrição, embora tenha sido feita alguma formação específica sobre questões da gestão de desnutrição aguda e HIV/SIDA, educação para nutrição e nutrição comunitária e HIV/SIDA.

Faz-se formação de trabalhadores de nutrição básicos e de nível médio dentro do sistema de saúde. São cursos de dois anos para a nível básico e três anos para a nível médio. Foi recentemente aberto um curso de licenciatura em nutrição na Universidade Lúrio, uma universidade pública na província de Nampula. Os primeiros nutricionistas graduaram-se em 2011. A nutrição está incluída nos currículos de outros cursos: na Faculdade de Medicina a nutrição é obrigatória, contando com 35 horas de aula em um semestre; na Faculdade de Biologia, a nutrição é uma disciplina opcional com 35 horas de aula em um semestre. A nutrição está também incluída como disciplina em todos os outros cursos de saúde, tais como os de enfermagem e de assistentes de saúde.

No Plano Acelerado de Formação de Técnicos de Saúde do MISAU²⁵, foi considerada prioritária a formação nas seguintes áreas: enfermagem geral, enfermagem materno-infantil, técnico de medicina geral, técnico de medicina preventiva, farmácia e técnico de laboratório. Uma vez mais, embora o Ministério da Saúde reconheça a importância

²² Ensino secundário mais 3 anos de formação profissional

²³ Estes nutricionistas foram formados no Brasil, na Austrália, na Inglaterra, no Chile e em Portugal.

²⁴ Hospitais de dia, centros de ATV, consultas pré e pós-natais, consultas de saúde reprodutiva, consultas de bebês e crianças, consultas de ITS, serviços amigos dos jovens e dos adolescentes.

²⁵ República de Moçambique, Direcção dos Recursos Humanos Maio 2006. “Plano de Aceleração da Formação de Técnicos de Saúde” – Julho 2006 – Junho 2009”.

da nutrição e do tratamento anti-retroviral, esta área não foi considerada prioritária e não foi incluída no plano de formação acelerada.

Têm de ser disponibilizados recursos para assegurar que se faça formação em nutrição no sistema de saúde. Para o fortalecimento da formação inicial e da reciclagem de trabalhadores de saúde em nutrição e HIV/SIDA são de fundamental importância as seguintes áreas:

- Considerações dietéticas básicas para com pessoas vivendo com HIV/SIDA.
- Amamentação e alimentação da criança pequena, para mães vivendo com HIV/SIDA.
- Gestão de dietas e infecções oportunistas.
- Gestão de dietas e TARV.

3.4. Manuais e Directrizes para a Formação

A tabela número 7 abaixo dá indicações das directrizes e dos manuais sobre nutrição e HIV/SIDA presentemente disponíveis no país. Note-se o seguinte:

- As directrizes sobre gestão de desnutrição aguda integram plenamente a questão do HIV/SIDA, reconhecendo que uma grande percentagem de pacientes com desnutrição grave tem também HIV/SIDA²⁶. As directrizes incluem ainda educação para a nutrição, aconselhamento e demonstração para assegurar que os pacientes não fiquem de novo malnutridos. A gestão de desnutrição utilizando este protocolo moçambicano actualizado foi até ao momento introduzida em 138 distritos. Três quartos dos postos de TARV que atendem crianças estão a proporcionar igualmente gestão de desnutrição em regime ambulatorio utilizando alimentos terapêuticos prontos a utilizar (RUTF – *ready to use therapeutic food*). Foram formados em gestão de desnutrição aguda, no total, 2.360 trabalhadores de saúde em todas as províncias.
- O Departamento de Nutrição do Ministério da Saúde e algumas ONGs produziram alguma informação e materiais educativos relacionados com HIV/SIDA e nutrição. No entanto, há ainda uma grande necessidade destes materiais para todos os níveis de intervenção.
- Recentemente a Hellen Keller International e a Health International produziram albums seriados para formar trabalhadores de saúde comunitários e voluntários em nutrição e HIV/SIDA. Foi uma adaptação do album seriado do FANTA de HIV/SIDA e nutrição

²⁶ Os serviços de malnutrição integram ATV em diversos hospitais, e foram reportadas taxas de HIV de 40–70% em crianças malnutridas.

Tabela 7. Directrizes e Manuais sobre HIV/SIDA e Nutrição

<i>Título e tipo de documento</i>	<i>Instituição</i>	<i>Ano</i>	<i>Conteúdo/Objectivo</i>
Manual de Reabilitação Nutricional Tratamento de Desnutrição Aguda Grave em Doentes Internados, Tratamento Ambulatório e Comunitário e Alimentação Suplementar	Ministério da Saúde - Departamento de Nutrição	2007	Directrizes para a gestão de desnutrição aguda grave, inclusivamente em crianças seropositivas
Cuidados Nutricionais para PVHS (Directrizes)	Ministério da Saúde - Departamento de Nutrição	2005	Foram concebidas directrizes para gestores de programas de nutrição
Cuidados Domiciliários (Manual e Brochura)	Ministério da Saúde - Programa Nacional de Combate ao HIV/SIDA - Programa de Cuidados Domiciliários	2006	O objectivo deste manual é formar formadores em intervenções de cuidados domiciliários
Directrizes sobre Segurança Alimentar e Nutrição e HIV/SIDA	SETSAN / SANHA Com o apoio de: FAO, CNCS, PMA	2006	Dá orientação a organizações a trabalhar a nível comunitário na selecção e coordenação de intervenções direccionadas para pessoas afectadas por insegurança alimentar e HIV/SIDA Área-alvo: zonas com elevado nível de insegurança alimentar e HIV/SIDA
Nutrição para PVHS Cartões de Aconselhamento (uma adaptação de materiais FANTA)	HAI e HKI	2006	Orientações de nutrição para pessoas vivendo com HIV/SIDA
HIV/SIDA e Nutrição (brochura)	CARE International	2005	Foi feito para apoiar o trabalho dos activistas no programa HIV/SIDA.
Como Vai a Saúde (Manual Básico)	Santo Egídio	1999	Manual básico dirigido a pessoas que trabalham em saúde e nutrição. Este manual apresenta informação básica sobre como prevenir doenças através de uma boa nutrição e boas práticas de saúde. Não está, no entanto, adaptado à realidade moçambicana
Módulo de Formação em Nutrição e HIV/SIDA	ANSA	2006	Módulo utilizado na formação de ONGs a trabalhar em nutrição e HIV/SIDA (Programa de Cuidados Domiciliários)

Fonte: Autor

C. Actividades existentes na área de Nutrição & HIV/SIDA

1. Intervenções de Nutrição

Muitos planos de intervenções de prevenção, mitigação, cuidados e tratamento dão atenção à nutrição. No entanto, em muitos dos actualmente em curso no país, as intervenções de nutrição são sinónimo de distribuição de alimentos (normalmente consistindo de uma cesta alimentar de milho, mistura de milho e soja e feijão) para doentes de HIV ou agregados familiares afectados vulneráveis. Estes pacotes alimentares nem sempre estão adaptados às necessidades nutricionais do grupo-alvo. Outros tipos de intervenção de nutrição são iniciativas de educação para a saúde e nutrição e de segurança alimentar. Os anexos 7, 8, 9 e 10 apresentam tabelas-sumário de intervenções implementadas por instituições estatais, doadores bilaterais, ONGs internacionais e nacionais. Além disso, há descrições das intervenções por grupo-alvo detalhadas nos anexos 14, 15, 16 e 17. Estas tabelas não se consideram exaustivas mas indicadoras do enfoque das principais intervenções no momento em que esta análise de situação está a ser redigida.

A tabela 8 adiante apresenta uma tipologia das iniciativas. Note-se, no entanto que estas iniciativas não cobrem todas as pessoas vivendo com HIV/SIDA ou pessoas /crianças que ficaram vulneráveis devido ao HIV/SIDA no país.

Note-se que não há estatísticas de cobertura fiáveis de pessoas recebendo rações alimentares, suplementação em micronutrientes ou transferências de dinheiro, mas todas as partes interessadas reconhecem que a cobertura dos necessitados é muito baixa. Na próxima secção discutir-se-ão em detalhe as intervenções que têm uma componente de nutrição significativa que estão a ter presentemente lugar no país, designadamente: cuidados domiciliários; apoio nutricional para pessoas em TARV; reabilitação nutricional para pessoas vivendo com HIV/SIDA; prevenção da transmissão da mãe para a criança (PTV); intervenções para crianças órfãs e vulneráveis (COVs); e subvenções comunitárias e programas de apoio a modos de vida para agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA.

Tabela 8. Tipologia das Intervenções Actuais de HIV/SIDA com Componentes de Nutrição

Grupo alvo	Intervenções			
	Prevenção	Cuidados	Tratamento	Mitigação
PVHS	Educação para a saúde e nutrição	Cuidados Domiciliários	Suplementação com Ração Alimentar	i) Agricultura ii) Geração de rendimentos iii) Protecção social
PVHS em TARV	Ex: Aconselhamento em serviços de ATV Ex: Programas comunitários de saúde e nutrição	Cuidados domiciliários mais aconselhamento de adesão Limitada cobertura de distribuição de cesta alimentar associada a adesão ao tratamento	Pessoas vivendo com SIDA Limitada cobertura de suplementação com micronutrientes e rações alimentares para pessoas vivendo com SIDA, mulheres grávidas com HIV e mulheres a amamentar, e COV	Ex: Programas de promoção agrícola e de habilidades para a vida (JFFLS) Ex: Subvenções comunitárias para recuperação de modos de vida e diversificação de rendimento
Bebés e crianças pequenas		Comités para COVs	Tratamento de crianças malnutridas com SIDA institucional ou comunitário	
COVs		Famílias substitutas		Ex: Expansão dos subsídios condicionais regulamentados (subsídio alimentar) para idosos que cuidam de crianças
Mulheres grávidas e a amamentar com HIV		Ração alimentar Cuidados pré-natais Limitada cobertura da distribuição da cesta alimentar para mulheres seropositivas		
Comunidades e agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA		Limitada cobertura da distribuição da cesta alimentar para COVs, viúvas, agregados familiares chefiados por idosos	N/A	

Fonte: Autor

2. Programa de Cuidados Domiciliários (CDs)

Este conjunto de intervenções está direccionado para agregados familiares a cuidar de pessoas cronicamente doentes e inclui pessoas em TARV e pessoas cronicamente doentes vivendo com HIV e não em programa de tratamento anti-retroviral.

O objectivo dos Programas de Cuidados Domiciliários é cuidar de PVHS que se encontrem muito doentes e necessitem de apoio adicional em casa. O Ministério da Saúde trabalha com organizações comunitárias e redes para proporcionar cuidados no lar. A figura 10 abaixo mostra as metas e o desempenho do programa de CDs de 2004 em diante.

Figura 10. Programa de Cuidados Domiciliários 2004-2007

Home Based Care 2004-2007

Cuidados Domiciliários 	Health facilities involved in HBC				Patients attended			
	2004	2005	2006	2007 1st sem.	2004	2005	2006	2007 1st Sem.
Target (PEN)	60	120	200	225	11.355	27.582	67.371	53.619
Total reached	79	100	156	170	17.790	29.640	48.000	49.666
PEN - % of achievement	131%	83%	80%	75%	156%	108%	71%	93%

Fonte: MISAU. “Home Base Care Program, 2004 -2007.”

Como pode ser visto a partir da tabela acima, as metas definidas pelo CNCS para cuidados domiciliários foram já cumpridas em 2007, tendo os provedores de cuidados domiciliários atingido 93% do número alvo de doentes no primeiro semestre.

O Programa Nacional de Cuidados Domiciliários recebeu apoio técnico do CDC.²⁷ Através deste programa, foi desenvolvido um manual de formação em Cuidados Domiciliários, que está a ser usado durante a formação de formadores em Cuidados Domiciliários. Estão incluídas no manual questões de nutrição. No entanto, devido aos avanços no conhecimento (por exemplo, na área de regime de tratamento e necessidades dietéticas e directrizes internacionais para amamentação e alimentação de crianças pequenas) é necessária uma actualização contínua da informação sobre aconselhamento para nutrição destinada a PVHS e membros da família. Não há presentemente nenhum mecanismo para a actualização regular do material de formação e continua fraca a componente de aconselhamento em nutrição e educação para nutrição dos programas de cuidados domiciliários.²⁸ Este número é ainda extremamente baixo tendo em conta a necessidade de cuidados na comunidade.

As organizações que lidam com programas de cuidados domiciliários estão a trabalhar nas seguintes áreas: cuidados paliativos, transporte de pessoas para unidades sanitárias para tratamento de referência e transporte de pessoas de unidade de saúde para os seus lares, aconselhamento e insumos agrícolas básicos (sementes, utensílios, fertilizantes), assistência em água e na obtenção de combustível, estando algumas a fornecer artigos básicos como sabão, utensílios domésticos, etc. Algumas das organizações têm componentes de projectos que fornecem alimentos para os membros cronicamente doentes do agregado familiar e/ou uma cesta alimentar para o agregado familiar. A maioria dos alimentos fornecidos são doados pelo PMA. Os artigos

²⁷ CDC: Centre for Disease Control (Centro de Controlo de Doenças), USA.

²⁸ Ministry of Health, 2006. “Home Based Care Program.”

alimentares são normalmente milho, mistura de milho e soja e óleo. Os números fornecidos pelo PMA mostram que em 2007, 14.250 pessoas receberam assistência alimentar através do programa de cuidados domiciliários, representando 30% (valor estimado) dos doentes em programas de CDs²⁹ (ver anexo 18 e anexo 19).

3. Apoio Nutricional para Pessoas em Terapia Anti-retroviral (TARV)

3.1. Apoio ao Tratamento destinado a pessoas em TARV

O principal objectivo do apoio nutricional para PVHS (em TARV) é melhorar a sua saúde global e o seu estado nutricional, prevenir a desnutrição e apoiar a sua recuperação de infecções oportunistas. Há presentemente vários programas no país que fornecem ração de três a seis meses para pessoas em TARV. A alimentação é geralmente fornecida pelo PMA e administrada através de parceiros de ONGs e instituições governamentais. Entre elas, a comunidade Santo Egídio (CSE), a Federação Luterana, o Instituto Nacional de Acção Social (INAS), os Médicos sem Fronteiras (MSF)–Luxemburgo e a Health Alliance International (HAI)

No total, através do apoio do PMA é fornecida assistência alimentar a 7.600 pacientes em TAR e a 14.250 beneficiários através dos Cuidados Domiciliários (2007). Um total de 12.863 crianças gravemente malnutridas, metade das quais se estima serem seropositivas, recebeu serviços de reabilitação nutricional em 2007. Um pequeno número de organizações está também a abordar a questão através de cuidados domiciliários.

Há de um modo geral alguma preocupação a respeito da adequação nutricional dos suplementos alimentares fornecidos e da falta de aconselhamento e educação fornecida para apoiar os agregados familiares e as pessoas a viver com HIV/SIDA.

O DREAM da comunidade Santo Egídio é um interessante programa que podia ser usado como modelo para a provisão de apoio nutricional a doentes em TARV e para melhorar a qualidade das intervenções relacionadas com nutrição para pessoas vivendo com a HIV/SIDA em ART. O apoio nutricional do Programa DREAM consiste em uma cesta alimentar, mais suplementação em micronutrientes quando necessário e forte aconselhamento e seguimento de doentes. O programa tem também um sistema de monitorização e avaliação consideravelmente avançado (ver Caixa 3 adiante para detalhes). Entre os principais desafios da implementação deste modelo em larga escala estão questões de custo e capacidade.

²⁹ O PMA também presta assistência alimentar a COVs e a pessoas em ART. O PMA estima que 38% dos seus beneficiários em Moçambique sejam pessoas afectadas pelo HIV/SIDA.

Caixa 3. Comunidade de Santo Egídio, Programa DREAM, Moçambique.

Grupos-alvo: todas as mulheres em PTMC; todas as crianças a fazer HAART; Crianças que não estão em HAART mas sofrem de baixo peso, desnutrição crónica e desnutrição actual; todos os pacientes em HAART; todos os pacientes com SIDA e todos os pacientes seropositivos com IMC <18.5; todos os pacientes sem uma renda mensal fixa; todas as crianças órfãs ou a viver com os avós; presidiários.

Principais intervenções: fornecimento mensal de alimentos com rações secas para levar para casa; fornecimento de cereais e/ou farinha de cereais ou legumes para o desmame; distribuição de *snacks* durante visitas ao hospital de dia ou ao centro de maternidade e fornecimento de refeição ou suplementos nutricionais a doentes internados. A nutrição e educação para a saúde é uma característica fundamental do programa e são utilizadas todas as oportunidades para encorajar as pessoas a terem uma dieta saudável e equilibrada. Os doentes e as pessoas que cuidam de outras são providos de material para usar em casa para gerir a dieta do agregado e dos doentes. O pessoal médico também dá aconselhamento nutricional como parte da gestão do TAR e relacionado com doenças e infecções que ocorrem frequentemente. Oferece-se também suplementação em multivitaminas e vitaminas e minerais como parte do regime de tratamento médico

Monitorização & Avaliação: finalmente, o projecto DREAM utiliza uma selecção de instrumentos de monitorização (incluindo um avançado pacote de software) que ajuda a direccionar o apoio nutricional para doentes individuais e que pode ser usado para monitorizar o impacto do programa. O pacote incluir:

- i. Anamnese nutricional e exames médicos, incluindo história dietética detalhada do doente.
- ii. Parâmetros antropométricos. Um dos instrumentos de avaliação desenvolvidos pelo DREAM envolve duas pesquisas baseadas no apelo à memória do que os doentes comeram; uma recordando todos os alimentos ingeridos em 24 horas de todos os alimentos que o paciente comeu, e outra recordando a frequência alimentar ao longo de sete dias, para assegurar que os alimentos não consumidos diariamente sejam também tomados em consideração na preparação de planos de apoio nutricional e material de aconselhamento para o doente.

Resultados: o programa DREAM está a ajudar a quebrar o ciclo vicioso de HIV, malnutrição e doenças infecciosas. Há alguma evidência de avaliações realizadas pela CSE de que o programa está a influenciar positivamente o peso à nascença de bebés de mães seropositivas e melhorou a situação nutricional dos adultos em TAR que recebem regularmente a cesta alimentar como parte do programa integrado. Os adultos mostraram não só aumentar o IMC mas também melhorar os níveis de hemoglobina.

Fonte: DREAM 2007. “An integrated public health programme to fight HIV/AIDS and malnutrition in limited resource-settings.” Paola Ger et al.

No esforço para melhorar as intervenções de nutrição para pessoas vivendo com HIV/SIDA em TARV, o Ministério da Saúde concebeu um pacote de nutrição integrado dando orientações sobre como obter uma dieta nutricional para pessoas vivendo com HIV/SIDA. A cesta alimentar básica foi alargada para incluir vegetais de folha verde e fruta para assegurar que as necessidades nutricionais sejam satisfeitas. Além disso, o Ministério da Saúde integrou plenamente reabilitação para a nutrição com os serviços de TAV e tem programas consagrados ao melhoramento do conhecimento nutricional de pessoas a viver com HIV/SIDA.

O Ministério da Saúde tem em vista atingir 145.500 beneficiários (PVHS em TARV ou tratamento de TB, mulheres grávidas seropositivas, crianças com mais de seis meses de idade com mães seropositivas) com a cesta alimentar. O custo estimado é de mais de 21 milhões de dólares por ano³⁰ para as cestas básicas mínimas, e mais de 32 milhões de dólares para os pacotes alargados. A implementação e o financiamento desta intervenção continuam a ser um desafio considerável. O anexo 20 A e B dá uma visão geral da “cesta básica” planeada pelo Ministério da Saúde.

Presentemente, o Ministério da Saúde está preparar um plano operacional que incluirá as responsabilidades do governo e de instituições não-governamentais no processo de implementação. No ambiente actual de financiamento, e com a limitada capacidade de implementação do Governo e dos parceiros de operação parece improvável que o governo alcance uma cobertura geral de pessoas a viver com HIV/SIDA em TARV com o programa da cesta alimentar. Algumas ONGs³¹ estão a considerar esquemas de *vouchers* ou transferências de dinheiro (para compra de comida) como alternativa à distribuição de alimentos.

4. Prevenção da Transmissão da Mãe para Criança (PTV)

O principal objectivo das intervenções de nutrição direccionadas para mulheres seropositivas e mulheres a amamentar é preservar a nutrição e o estado de saúde da mãe e melhorar os resultados dos nascimentos. Procura-se atingir este grupo através do Programa de Prevenção da Transmissão da Mãe para a Criança (PTV). Em 2006, aproximadamente 60% (26.019 pessoas) do total de pacientes em TARV (44.100 pessoas) eram mulheres grávidas e mulheres a amamentar seropositivas. Em 2007, foi proporcionada assistência alimentar através do PMA a 3.150 mulheres no programa de PTV (aproximadamente 7% das mulheres grávidas em TARV). Oferece-se a mães seropositivas aconselhamento sobre cuidados de nutrição para si próprias e opções para a alimentação infantil.

São as seguintes as organizações que trabalham em programas de PTV: Comunidade Santo Egidio, INAS, MSF-Luxemburgo, HAI e PMA, através de parceiros. Não há um padrão uniforme para a componente relacionada com nutrição dos programas para PTMP. A componente de aconselhamento sobre opções de amamentação e alimentação de crianças pequenas está, de um modo geral³², subprovida de recursos,

³⁰ Taxa de câmbio: 1 US\$ = 25 Mtn. (10/2007)

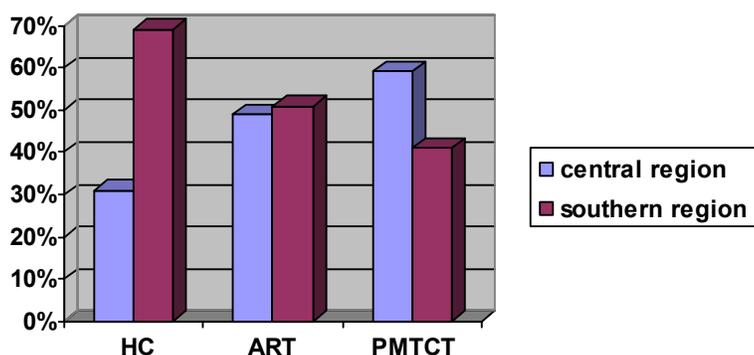
³¹ Health Alliance International, por exemplo.

³² Excepção parece ser a CSE, onde faz parte do programa aconselhamento individual com base na situação económica dos pacientes.

com enfermeiros e conselheiros sem uma adequada base sobre a matéria em questão para dar orientações claras e úteis e escolhas a mães seropositivas.

No total, foi fornecida assistência alimentar pelo PMA, através de parceiros de implementação, numa base anual, a 26.639 clientes/pacientes (dos quais 18.634 beneficiários através de cuidados domiciliários, 4.980 doentes em TARV, e 3.025 doentes na PTV) Embora não se observe grande diferença entre o número de pacientes em TARV que receberam assistência alimentar nas regiões Sul e Centro, não se pode dizer o mesmo dos pacientes no programa de PTV e pacientes que receberam CDs. A figura 11 abaixo apresenta a assistência alimentar proporcionada pelo PMA em Programas de Cuidados e Tratamento para HIV/SIDA. Mostra que, na região Centro, a maior parte dos beneficiários de assistência alimentar estão no Programa de PTV (59%) enquanto na região sul, a maioria dos beneficiários estão no Programa de Cuidados Domiciliários (69%)

Figura 11. Assistência Alimentar Proporcionada pelo PMA em Programas de Cuidados e Tratamento para HIV/SIDA



Fonte: WFP 2006.

Apresenta-se informação detalhada respeitante a assistência alimentar prestada através de diferentes organizações a pessoas que vivem com HIV/SIDA em TARV, PTV e cuidados domiciliários nas regiões Centro e Sul nos anexos 18 e 19, respectivamente.

5. Intervenções para Crianças Órfãs e Vulneráveis (OVC)

Devido à prevalência do HIV/SIDA no país, o número de crianças infectadas e afectadas pelo HIV/SIDA aumentou significativamente. Estima-se que haja 1,6 milhões de crianças órfãs no país, e que cerca de 380.000 sejam órfãs devido ao HIV/SIDA. Prevê-se que até 2010 este número aumente para 626.037.³³

Numerosas organizações internacionais e nacionais estão presentemente a trabalhar com crianças órfãs e vulneráveis. Foi concebido pelo Ministério da Mulher e da Acção Social um plano estratégico com o objectivo de proporcionar um conjunto de serviços mínimos a crianças órfãs e vulneráveis, através de vários sectores, nomeadamente: Saúde, Educação, Justiça, Administração Estatal e Mulher e Acção

³³ Dados do MMCAS e do CNCS, 2006.

Social. A política do Governo de Moçambique relativa a órfãos consiste em maximizar a reintegração em famílias em vez de colocar as crianças em instituições. O apoio é, portanto, dirigido normalmente a agregados familiares.

As intervenções de segurança alimentar e nutrição dirigidas para crianças órfãs e vulneráveis vão desde a distribuição de alimentos até iniciativas de desenvolvimento que tentam munir as crianças de conhecimento para melhores resultados de segurança alimentar no futuro. Algumas organizações têm em vista melhorar os modos de vida de agregados familiares a viver com crianças órfãs e vulneráveis. Trabalham também directamente com agregados familiares chefiados por idosos e agregados familiares chefiados por crianças.

Intervenções relacionadas com tipos de alimentos e nutrição direccionadas para crianças órfãs e vulneráveis:

- Rações alimentares e necessidades básicas para agregados familiares que acolhem crianças órfãs e vulneráveis. Exemplos de organizações envolvidas: o UNICEF, o PMA com o INAS, a CSE, organizações comunitárias locais com apoio do PMA.
- Subvenções para a comunidade para actividades relacionadas com segurança alimentar e nutrição (concebidas a organizações comunitárias a trabalhar com crianças órfãs e vulneráveis). Exemplos de organizações envolvidas: a SC-UK, a AIDS Alliance, a AED, a FAO.
- Programas de promoção agrícola e de habilidades para a vida (Junior Farmer Fields e Life Schools). Exemplos de organizações envolvidas: FAO, Ministério da Agricultura, da Educação e da Acção social, SC-UK.

6. Comunidade e Agregados Familiares afectados pelo HIV/SIDA

O principal objectivo dos programas a trabalhar com comunidades e agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA consiste em melhorar a segurança alimentar e a situação nutricional através de intervenções dirigidas para o aumento da produção de alimentos e actividades de geração de rendimento. A implementação dessas actividades é geralmente levada a cabo por organizações comunitárias, incluindo associações de pessoas vivendo com HIV/SIDA. Algumas ONGs internacionais de maior dimensão fizeram esforços para integrar o HIV/SIDA nos seus programas com vista a adaptar as intervenções agrícolas e de modos de vida às necessidades dos agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA. Exemplos de integração podem ser encontrados nos programas da União Nacional de Camponeses (apoiado pela Oxfam Austrália) e Care International. Ambas as organizações trabalham com pequenos agricultores na província de Inhambane, uma das províncias mais afectadas pelo HIV/SIDA.

Os parceiros estão a apoiar estas actividades de várias formas, nomeadamente através de mecanismos de sub-s subvenção, capacitação e apoio técnico, e material de apoio. A componente de nutrição das intervenções acima mencionadas é, de um modo geral, fraca, em grande parte devido à falta de capacidade no seio das organizações ou outros provedores de serviços na área de educação para nutrição. Além disso, não há mapeamento efectivo de todas as iniciativas sob este *umbrella* nem qualquer avaliação sistemática do impacto das iniciativas sobre a segurança alimentar dos agregados familiares e o estado nutricional de pessoas a viver com HIV/SIDA.

D. Conclusões e Recomendações

Moçambique está a braços com uma gravíssima pandemia que está a afectar a sua economia e a pressionar até ao limite os seus recursos. A prevalência do HIV no país é de 16% da população em idade produtiva, verificando-se as taxas mais elevadas nas zonas Centro e Sul, e as menos elevadas no Norte do país. Nos últimos anos, o Governo fez um significativo progresso, especialmente na área de tratamento, havendo presentemente 88.000 pacientes a receber ARV³⁴.

O HIV tem uma face feminina em Moçambique, com quatro vezes mais mulheres jovens de 20-24 anos de idade infectadas do que homens do mesmo grupo etário. Nem sempre são evidentes claras correlações entre a pobreza, a segurança alimentar, o estado nutricional e a prevalência do HIV, mas têm sido documentadas em Moçambique importantes diferenças relacionadas com o género em termos de impacto da morte de adultos em idade produtiva no tamanho, rendimento e património do agregado familiar: revelam os resultados que o impacto económico do HIV/SIDA relacionado com a morte de um homem em idade produtiva no agregado familiar é significativamente mais elevado do que o da morte de uma mulher na mesma idade.

A epidemia do HIV/SIDA, quando abordada conjuntamente com a malária e a tuberculose, está a exigir tremendamente do sistema de saúde. O *stock* de recursos humanos para a saúde está extremamente inadequado para dar resposta à premente procura de serviços.

Apesar disso, o Relatório da Situação indica ter-se já registado algum progresso em termos de ambiente político favorável, conjunto de mecanismos de coordenação estabelecido, desenvolvimento de directrizes operacionais, bem como no número de actividades relacionadas com nutrição e HIV/SIDA já instaladas. Também têm sido documentadas evidências de uma positiva contribuição das intervenções de nutrição para o bem-estar de PVHS.

1. Indicadores de Progresso

O governo e as principais partes interessadas reconheceram a importância do HIV/SIDA e nutrição, o que se traduziu na inclusão de questões de nutrição em políticas, programas e planos operacionais nacionais.

Foram estabelecidos alguns órgãos de coordenação, tais como o CNCS e o SETSAN, e, trabalhando através da liderança do SETSAN – o grupo de trabalho SANHA (Segurança Alimentar e Nutricional e HIV/SIDA) – serve de modelo no fortalecimento da colaboração e coordenação de partes interessadas no domínio do HIV/SIDA, Nutrição e Segurança Alimentar.

³⁴ Para abordar a questão, em Outubro de 2007 a direcção do CNCS criou um grupo de referência para prevenção presidido pelo Ministro da Saúde. Outros membros são o Ministério da Educação, o Ministério da Juventude e Desportos e o Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social, a ONUSIDA, a OMS, o UNICEF, o CDC e a sociedade civil.

Têm sido produzidas tanto pelo Ministério da Saúde como pelo SETSAN/SANHA directrizes no domínio da nutrição, HIV/SIDA e segurança alimentar. As directrizes de reabilitação nutricional integram plenamente HIV/SIDA. Além disso, várias ONGs produziram brochuras, directrizes e cartazes para utilização no terreno. Há ainda áreas relacionadas com nutrição e HIV que não estão cobertas (por exemplo, amamentação e HIV/SIDA).

O número de postos de TARV que oferecem serviços de reabilitação nutricional está a aumentar, e o Ministério da Saúde (com o apoio do INAS, do MMAS, das Nações Unidas e de ONGs internacionais/nacionais) está a conceber um pacote-guião de intervenções de nutrição para pessoas vivendo com HIV/SIDA e pessoas afectadas (incluindo crianças órfãs e vulneráveis e agregados familiares chefiados por idosos).

Está em curso pesquisa operacional no domínio da amamentação e HIV/SIDA, mais concretamente respeitante à cessação precoce da amamentação de crianças de mães seropositivas. Decorre igualmente no país o estudo de práticas de desmame adequadas para bebés de mães seropositivas. O objectivo é proporcionar claras directrizes localmente adaptadas sobre a amamentação de crianças pequenas.

Tendo em conta esta situação, faltam ainda importantes políticas, fundos, pesquisa e capacidade nesta área.

2. Principais Lacunas e Desafios na Programação de Nutrição

Transferências Directas de Alimentos

Há uma limitada cobertura de ajuda alimentar para pessoas vivendo com HIV/SIDA; de momento, apenas 9,7% das pessoas em TARV no país recebem assistência alimentar.

Há falta de consistência na programação da ajuda alimentar: alimentos distribuídos que não tomam necessariamente em conta as necessidades nutricionais do receptor, e diferentes programas a trabalhar com pessoas a viver com HIV/SIDA usam diferentes critérios de inclusão e exclusão e pacotes alimentares diversos.

A cesta básica proposta pelo MISAU para pessoas vivendo com HIV/SIDA é provavelmente dispendiosa e um desafio em termos operacionais. Não há um plano de continuidade de implementação orçamentado e há pouca experiência para gerir programas de distribuição alimentar em larga escala no sector.

Transferência de Rendimentos

O valor das transferências de dinheiro³⁵ do subsídio alimentar do INAS é ainda muito baixo e a cobertura é limitada. As pessoas a viver com HIV/SIDA não estão contempladas no esquema, embora agregados familiares indirectamente afectados pelo HIV/SIDA possam ser elegíveis (como, por exemplo, agregados familiares chefiados por idosos ou mães com filhos desnutridos). Não há presentemente esquemas de transferência de dinheiro regulamentadas especificamente direccionadas

³⁵ O subsídio alimentar é o único benefício em dinheiro regulamentado para agregados familiares extremamente vulneráveis no país.

para pessoas vivendo com HIV/SIDA vulneráveis ou agregados familiares vulneráveis afectados pelo HIV/SIDA.

Lacunas de Conhecimento e Informação

Há falta de conhecimento geral de nutrição básica para pessoas a viver com HIV/SIDA (por exemplo, saber como preparar uma dieta equilibrada com alimentos locais disponíveis, higiene e cuidados na preparação e conservação dos alimentos, e alimentação durante e após doenças).

Presentemente, é insuficiente a informação e o conhecimento das necessidades de nutrição de alvos específicos (por exemplo, as relacionadas com amamentação, nutrição infantil, cuidar de pacientes com HIV e cuidar de adultos com desnutrição)

Lacunas de Capacidade

É geral a falta de capacidade dos trabalhadores de saúde para responderem adequadamente ao desafio do HIV/SIDA no que respeita a problemas de nutrição. Apesar do considerável reconhecimento do importante papel da nutrição na programação de HIV, a falta, no país, de nutricionistas e trabalhadores de nutrição formados limita gravemente a implementação de programas abrangentes de tratamento e cuidados, educação para nutrição, prevenção e mitigação. Trabalhadores de extensão e de campo não estão preparados para reconhecer e gerir problemas nutricionais relacionados com HIV/SIDA seja a nível comunitário seja a nível de agregado familiar.

Lacunas de Programação & Financiamento

A maior parte dos programas implementados na área de nutrição são de curta duração e não abordam questões de médio ou longo prazo, pelo que têm um limitado impacto sustentável nas vidas dos beneficiários.

É fraca a coordenação de programas que visam apoiar as necessidades nutricionais de pessoas vivendo com HIV/SIDA ou as necessidades de segurança alimentar de agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA. Esta situação resulta em lacunas de programação no terreno e falta de consistência em termos de definição de alvos.

Embora os órgãos de coordenação reconheçam a importância da nutrição, os sectores, individualmente, não fazem orçamento para actividades específicas relacionadas com nutrição. Há consideráveis estrangimentos de fundos para programação de intervenções de nutrição, uma situação que se deve, em parte, ao facto de o CNCS não abordar adequadamente os estrangimentos de desembolso internos. Organizações a lidar com o CNCS consideraram haver poucos fundos disponíveis para intervenções de nutrição.

A maior parte dos programas têm fracos mecanismos de monitorização e avaliação para as componentes de nutrição dos programas. Em alguns casos, não foram incluídos nos quadros de M&A indicadores de base especificamente de nutrição.

3. Recomendações

A integração da programação de nutrição tem de ser bidireccional: integração de necessidades de nutrição nas intervenções de HIV/SIDA e integração de HIV/SIDA nas intervenções de nutrição. Um exemplo de onde se começa a operacionalizar este princípio é a integração do HIV/SIDA nas directrizes e no programa de reabilitação nutricional e da reabilitação nutricional nos serviços de TARV.

A integração de diferentes profissionais envolvidos em nutrição e segurança alimentar pode fortalecer as componentes de nutrição nos programas e é parte considerável do desenvolvimento de directrizes integradas e abrangentes (por exemplo, grupo de trabalho SANHA).

Grupos de Trabalho Temáticos de Nutrição

O CNCS, o SETSAN e o Ministério da Saúde devem adoptar uma estratégia de formação de *grupos de trabalho com termos de referência específicos* para produzir documentos de políticas, directrizes normativas e operacionais em áreas críticas de programação de nutrição e HIV/SIDA, designadamente:

- Amamentação e alimentação de bebés e crianças pequenas
- Gestão de dietas para pessoas em TARV
- Cuidados domiciliários e cuidados nutricionais
- Mapeamento, monitorização e avaliação de iniciativas de segurança alimentar e nutrição comunitárias

Mecanismos de Financiamento

Os mecanismos de financiamento do CNCS devem ser urgentemente revistos por completo por forma a servir os propósitos de uma eficaz canalização de fundos para todos os parceiros de implementação no país.

O CNCS deve considerar um fluxo de fundos temático para integração da nutrição em programas de HIV/SIDA, incluindo as seguintes áreas de subprojectos:

- Produção e divulgação de directrizes de nutrição culturalmente aceitáveis e relevantes para iniciativas de nutrição e aconselhamento em matéria de nutrição
- Capacitação em nutrição e HIV/SIDA
- Intervenções de nutrição para pessoas a viver com HIV/SIDA e pessoas afectadas pelo HIV/SIDA
- Pesquisa operacional em nutrição e HIV/SIDA.

Concepção de Programas

Todos os programas de nutrição devem dar atenção basicamente a:

- a) Necessidades nutricionais específicas de beneficiários de grupos bem definidos
- b) Ambiente operacional (por exemplo, prevalência de HIV/SIDA, acesso a serviços básicos, capacidade da comunidade para a cuidar de membros vulneráveis)
- c) Consulta e participação activa de pessoas a viver com HIV/SIDA na concepção, implementação e monitorização de programas
- d) Benefícios de curto prazo versus impacto positivo sustentável para pessoas a viver com HIV/SIDA e pessoas afectadas pelo HIV/SIDA
- e) Estratégia de saída

- f) M&A: Devem ser desenvolvidos indicadores específicos para todos os projectos que meçam o impacto das actividades na nutrição e na segurança alimentar.

Suplementação Nutricional

Os programas que considerem qualquer forma de suplementação devem conceber intervenções que tenham em conta³⁶:

- a) Necessidades nutricionais, incluindo micronutrientes, gestão de doenças e reacções medicamento/alimento dos beneficiários³⁷
- b) Suplementação apropriada (tipo e quantidade)³⁸
- c) Claros critérios de entrada e de saída
- d) Integração num contexto institucional
- e) Que os direitos dos pacientes em tratamento, incluindo suplementação, sejam de longo prazo e consistentes em termos de atribuição de recursos
- f) Capacidade e supervisão para implementação de qualidade.

Aconselhamento e Educação Nutricional

Os programas no domínio do aconselhamento e nutrição deverão servir-se de directrizes internacionais e nacionais para preparar programas localmente adaptados que sejam aceitáveis, viáveis, acessíveis, sustentáveis e seguros (AVASS). As duas principais áreas para aconselhamento são:

- a) Gestão de dietas para pessoas (incluindo crianças) vivendo com HIV/SIDA
- b) Amamentação e opções de alimentação para bebés de mães seropositivas.

Capacitação

Deve ser desenvolvido pelo CNCS e pelo Ministério da Saúde um plano de formação *orçamentado* abrangente para assegurar que todo o pessoal a trabalhar com programas de HIV/SIDA tenha formação adequada nas principais questões de nutrição.

Áreas fundamentais:

- Formação de reciclagem para todo o pessoal de saúde incluindo gestão de dietas de pessoas em TARV.
- Formação de reciclagem em matéria de aconselhamento para nutrição, incluindo gestão de dietas, e amamentação e alimentação de crianças pequenas de mães seropositivas
- Actualização de materiais curriculares sobre nutrição nos institutos de formação de saúde e institutos de formação em agricultura
- Formação de pessoas-chave de recurso em cada província em nutrição básica e segurança alimentar (como parte de equipas nucleares de formação nas províncias) para capacitação de ONGs e organizações comunitárias
- Formação em M&A e pesquisa operacional no domínio da nutrição e segurança alimentar

³⁶ Para mais detalhes, consulte a compilação de princípios de orientação internacionais sobre a integração da nutrição em programas de HIV/SIDA e as notas com directrizes operacionais para a integração da nutrição em HIV/SIDA e nutrição.

³⁷ Pessoas a serem consideradas para suplementação: pessoas com baixo peso corporal com baixa contagem de CD4 antes de iniciar o tratamento com ARV; pessoas com baixo peso corporal em ARV; crianças malnutridas com HIV; crianças órfãs e vulneráveis e suas famílias.

³⁸ Tipos de suplementação: facilmente digerível, fácil de preparar, alimentos com elevado teor de energia e proteína, importantes micronutrientes a considerar, vitaminas A, C, E, vitaminas do grupo B, ferro, selénio e zinco.

O relatório da situação de HIV/SIDA e nutrição foi uma tentativa de apresentação de informação de base (*background*) específica das condições prevalentes em Moçambique. Para mais informação relevante para a concepção de intervenções de HIV/SIDA e nutrição em Moçambique, incluindo capacitação na matéria, aconselha-se a leitura conjunta deste relatório com os dois seguintes relatórios do Banco Mundial:

- 1) HIV/SIDA, Nutrição e Segurança Alimentar: O que podemos fazer? Uma Síntese de Princípios de Orientação Internacionais (2007).
- 2) Guião Operacional para a Integração de Nutrição em Programas de HIV/SIDA em Moçambique (2008).

Referências

- AMCOW et al., 2007. *Getting Africa on track to meet the MDGS on water and sanitation: a status review of sixteen African countries*. Nairobi, Kenya, WSP-Africa.
- Center for Global Development – HIV/AIDS Monitor Tracking Aid Effectiveness. *What are Donors doing with AIDS Money? A Comparative Analysis of Funding Practices of the Global Fund, World Bank Map and PEPFAR in Mozambique, Uganda and Zambia*.
- Center for Global Development – HIV/AIDS Monitor Tracking Aid Effectiveness. *A Trickle or a Flood?* Michael Bernstein, March 2007.
- Center for Global Development – HIV/AIDS Monitor Tracking Aid Effectiveness. *Following the Funding for HIV/AIDS: A Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia*. Nandini Oomman, Michael Bernstein, Steven Rosenzweig, October 2007.
- Center for Global Development, 2008. *Following the Funding for HIV/AIDS: a Comparative Analysis of the Funding Practices of PEPFAR, the Global Fund and World Bank MAP in Mozambique, Uganda and Zambia*. Nandine Ooman, Michael Bernstein, Steven Rosenzweig. (<http://www.cgdev.org/content/publications/detail/14569/>, 1/10/2008)
- Cogill Bruce. *Food and Nutrition Technical Assistance*. Anthropometric Indicators Measurements guide, 2003 revised edition.
- Community of Sant Egidio - Dream Program, March 2007. *TAP Program: Lesson Learned and the future*.
- Demographic and Health Survey, 2003 and 2006. *Baseline Survey*.
- Economic Commission for Africa – Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa. *Mozambique: the Challenge of HIV/AIDS Treatment and Care*.
- FANTA 2004. *HIV/AIDS A Guide for Nutrition Care and Support*.
- Leonardo Palombi, Maria Cristina Manazzi, Albertus Voetberg, N Abdul Nagid and the Dream Program Prevention of Mother to Child Transmission Team, 2007. *Treatment acceleration program and the experience of the Dream program in prevention of mother to child transmission of HIV*.
- Martins, Hélder 2003. *Componente Estratégica dum Plano de Desenvolvimento Nutricional*.
- McEwen, Margareth (FAO/WFP). *HIV/AIDS and Food and Nutrition Security Linkages in Mozambique*. Discussion document, September 2004.
- Overseas Development Institute, August 2006. *Food, Nutrition and HIV: What Next?* Briefing paper.

- Paulo Germano, Ersilia Buonomo, Giovani Guidotti, Giuseppe Liotta, Paula Scarcella, Sandro Mancinelli, Leonardo Palombi, Maria Cristina Marazzi, Community of Sant'Egidio, Dream Programme, WFP, October 2007. *Dream: an Integrated Public Health Programme to Fight HIV/AIDS and Malnutrition in Limited Resource Settings.*
- PloS Medicine , 2006. *Putting It Together; AIDS and the Millenium Development Goals.* Robert Hecht, Anita Alban, Kate Taylor, Sarah Post, Nina B. Anderson, Ryan Schwarz. November 2006, Volume 3, Issue 11, e455.
- República de Moçambique - CNCS, April 2006. *Universal Declaration of Commitment on HIV/AIDS – Progress report for United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS, 2003-2005.*
- República de Moçambique - CNCS. *Informação sobre Procedimentos, Circular n° 2 - 2005.*
- República de Moçambique - CNCS. *Mapeamento dos subprojectos anual - 2005/2006.*
- República de Moçambique - CNCS. *Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009.*
- República de Moçambique – CNCS. *Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA.* (actualização 2005)
- República de Moçambique - Direcção dos Recursos Humanos 2005. *Plano Estrategico de Desenvolvimento de Recursos Humanos, período 2005-2010.* (2 versão preliminar)
- República de Moçambique - Direcção dos Recursos Humanos, Maio 2006. *Plano de Acelaração da Formação de Tecnicos de Saúde, Julho 2006 – Junho 2009.*
- República de Moçambique - INAS. *Manual de Orientações e Procedimentos do Programa de Subsídio de Alimentos.*
- República de Moçambique – Instituto Nacional de Estatística. *Relatório Final do Inquérito aos Agregados Familiares sobre Orçamento Familiar, 2002/3.*
- República de Moçambique - Ministério da Agricultura, May 2006. *Plano Estratégico Sectorial de Combate ao HIV/SIDA 2006 - 2010.*
- República de Moçambique - Ministério da Mulher e Acção Social - INAS 2006. *Manual do Programa de Apoio Social Directo.*
- República de Moçambique - Ministério da Mulher e Acção Social – INAS. *Relatorio de Balanço Anual 2006.*
- República de Moçambique - Ministério da Mulher e Acção Social. *Plano de Acção para Crianças Orfãs e vulneráveis 2006.*
- República de Moçambique - Ministério da Mulher e Acção Social. *Plano de Acção para a Pessoa Idosa 2006 -2011.*
- República de Moçambique - Ministério da Planificação e Desenvolvimento. *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009.*
- República de Moçambique - MISAU – DNS. *Programa Nacional de Controle das DTS/HIV/SIDA - Relatório sobre a Revisão dos Dados de Vigilância Epidemiologica do HIV– ronda 2004.*

República de Moçambique - MISAU – Gabinete do Ministro 2007. *Operacionalização da Cesta Básica para Pessoas Vivendo com HIV/SIDA e outros doentes crónicos.*

República de Moçambique – MISAU – Direcção de Recursos Humanos, DPG 2006.

República de Moçambique - MISAU – Programa Nacional de Controle das ITS/HIV/SIDA. *Manual do Formador de Voluntários dos Cuidados Domiciliários.* Revisto em Abril de 2006.

República de Moçambique - MISAU 2003. *Relatório da Avaliação Conjunta.*

República de Moçambique - MISAU 2004. *Cuidados Domiciliários PVHV e outras Doenças Crónicas, Guião de Mobilização Comunitária.*

República de Moçambique - MISAU 2004. *Guião de Orientação Nutricional para Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA - Dirigido aos Gestores de Programas.*

República de Moçambique - MISAU 2005. *Política Nacional de Alimentação Infantil em Moçambique.* (ainda não aprovada)

República de Moçambique - MISAU 2006. *Cuidados Domiciliários PVHS e outras Doenças Crónicas, Guião de Operacionalização, Ligação Serviço Nacional de Saúde e Comunidade.*

República de Moçambique - MISAU 2006. *Cuidados Domiciliários PVHV e outras Doenças Crónicas, Manual de Operações.*

República de Moçambique - MISAU 2006. *Home Based Care Program.*

República de Moçambique - MISAU 2007. *Epidemiological surveillance in pregnant women.*

República de Moçambique - MISAU, Abril de 2007. *Componentes do Pacote de Intervenção Nutricional em HIV/SIDA e TB, através do Sistema Nacional de Saúde.*

República de Moçambique – MISAU. *Epidemiological Surveillance 2001-2007.*

República de Moçambique - MISAU. *Guia para o Tratamento das Infecções Oportunisticas no Adulto Infectado por HIV e Profilaxia das Infecções Oportunisticas.*

República de Moçambique - MISAU. *Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS e HIV/SIDA - Sector de Saúde 2004 -2008.*

República de Moçambique - MISAU. *Plano Estratégico do Sector de Saúde - 2007 - 2012.*

República de Moçambique – SETSAN 2007. *Estratégia da Segurança Alimentar e Nutricional 2007-2015.*

República de Moçambique. *Estratégia da Segurança Alimentar e Nutricional 1998.*

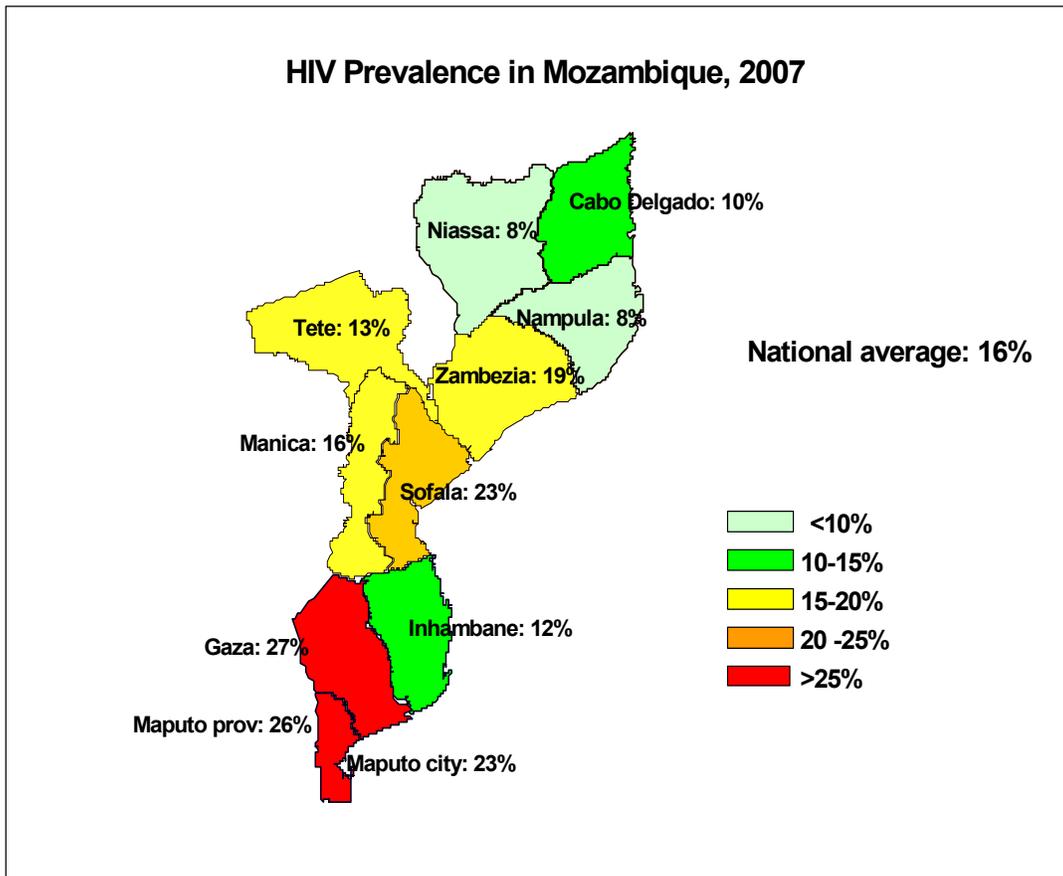
Roger Shrimpton 2002. *A Strategic Plan for Nutrition in Mozambique.*

SETSAN 2007. *Estratégia de Segurança Alimentar II (ESAN II) e Plano de Acção.*

SETSAN, December 2006. *Report of Baseline Survey of Food Security and Nutrition in Mozambique.* Compiled by Alessandro De Matteis, Leila De Oliveira, Pierre Martell, João Silvestre Correia.

- Statistiques Sanitaires Mondiales 2005. *Organisation Mondiale de la Santé*.
- The United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. *Mozambique FY 2007 Country Operational Plan (COP)*. (<http://www.pepfar.gov/about/82448.htm>, 1/10/2008)
- U.S. Department of State – Bureau of African Affairs, April 2008. *Background NoteÇ Mozambique*. (<http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/7035.htm>, 5/20/2008)
- UNAIDS, 2008. *Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006*. (Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008).
- UNAIDS, November 2007. *AIDS Epidemic Update: Briefing Booklet*.
- WFP and SETSAN-GAV. *Relatório de Análise de Vulnerabilidade Crónica 2006*.
- WFP, ANSA 2007. *Vulnerability Analysis, Time Trends and Programmatic Implications*.
- WFP, Fidalgo Lourdes, 2006. *Impacto da Ajuda Alimentar às Crianças Órfãs e Vulneráveis*.
- WFP, Lori Bell 2007. *Community Appraisal Food Assistance Programming, Mozambique*.
- WFP, Taimo Nelia and Waterhouse Rachel 2007. *Food Assistance Programme for Programmes of Care and Treatment of HIV/AIDS*.
- WHO 2007. *HIV/AIDS and Nutrition Guidelines*.
- WHO and FAO 2002. *Living Well with HIV/AIDS – A Manual on Nutrition Care and Support for People Living With HIV/AIDS*. Rome.
- World Bank - Aide Memoire, September 2007. *Mozambique HIV/AIDS Response Project*.
- World Bank, AED, FANTA, PATH, UNAIDS, UNICEF, USAID, WFP, HIV/AIDS, 2007. *Nutrition and Food Security : What we can do, A Synthesis of International Guidance*.
- World Bank, February 2008. *Beating the Odds: Sustaining Inclusion in a Growing Economy - A Mozambique Poverty, Gender and Social Assessment*.
- World Bank. *A Guidance Note on Disbursement Procedures*.
- World Bank. *Mozambique Country Partnership Strategy 2008-2011*.

Anexo 1. Prevalência de HIV em Moçambique 2007



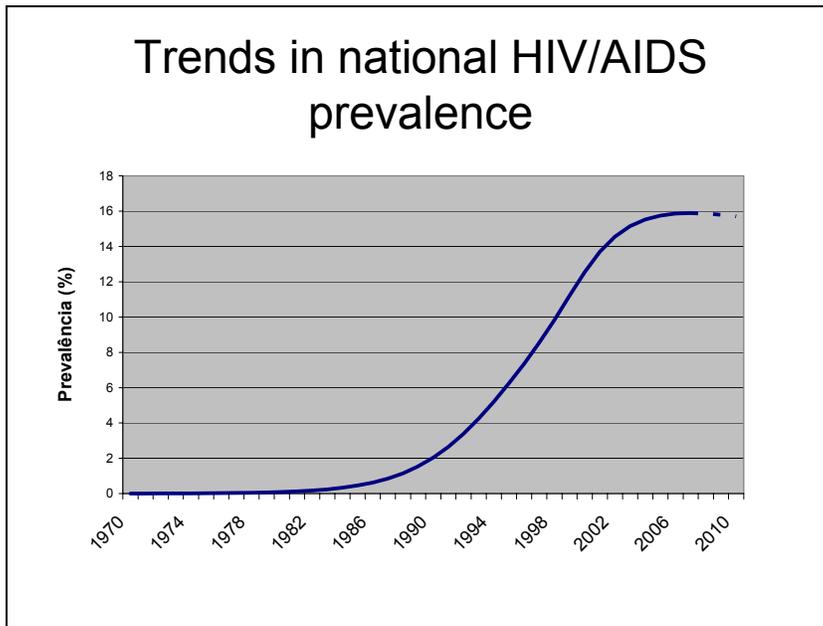
Fonte: MISAU 2007. "Epidemiological surveillance in pregnant women."

Anexo 2. Dados de Prevalência Nacional, Regional e Provincial Específica do HIV (2001-2007)

Província	2001	2002	2004	2007	Região	2001	2002	2004	2007
Cidade de Maputo	15,5%	17,3%	20,7%	23%	Sul	14,4%	14,8%	18,1%	21%
Prov. de Maputo	14,9%	17,4%	20,7%	26%					
Gaza	19,4%	16,4%	19,9%	27%					
Inhambane	7,9%	8,6%	11,7%	12%	Centro	16,8%	16,7%	20,4%	18%
Zambézia	15,4%	12,5%	18,4%	19%					
Sofala	18,7%	26,5%	26,5%	23%					
Manica	18,8%	19,0%	19,7%	16%					
Tete	16,7%	14,2%	16,6%	13%					
Niassa	5,9%	11,1%	11,1%	8%	Norte	6,8%	8,4%	9,3%	9%
Nampula	7,9%	8,1%	9,2%	8%					
C. Delgado	5,0%	7,5%	8,6%	10%					
<i>Nacional</i>	<i>13%</i>	<i>13,6%</i>	<i>16,2%</i>	<i>16%</i>		<i>13,0%</i>	<i>13,6%</i>	<i>16,2%</i>	<i>16%</i>

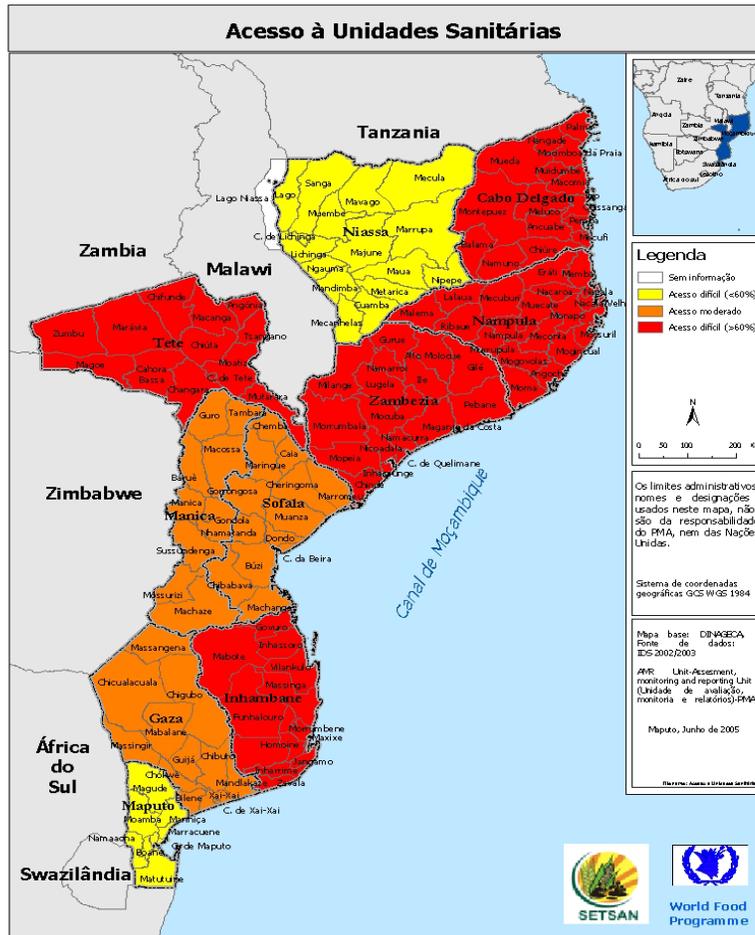
Fonte: MISAU. “Epidemiological Surveillance 2001-2007.”

Anexo 3. Tendências na Prevalência Nacional de HIV/SIDA 1970-2010



Fonte: UNAIDS, 2007.

Anexo 4. Acesso a Unidades Sanitárias



Fonte: SETSAN and WFP 2007. “Report on Chronic Vulnerability in Mozambique.”

Anexo 5. Despesa de HIV/SIDA de Organizações Internacionais 2004-2006

<i>Organizações/Instituição</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Organização Bilateral	21.419.098	24.198.269	44.714.530
Governo da Austrália	38.668	324.442	282.012
Governo da Bélgica	678.299	458.088	765.660
Governo do Canadá	530.721	1.621.871	2.835.919
Governo da Dinamarca	1.013.050	1.386.584	310.697
Governo da Finlândia	-	-	177.633
Governo da França	1.033.039	27.000	1.266.207
Governo da Alemanha	141.033	89.555	-
Governo da Irlanda	2.027.771	551.058	2.962.426
Governo da Itália	-	122.700	829.400
Governo do Japão	-	140.000	-
Governo do Luxemburgo	-	-	1.383.861
Governo dos Países Baixos	-	381.000	893.049
Governo da Noruega	449.008	226.590	2.040.470
Governo de Portugal	-	-	105.239
Governo da Espanha	-	490.488	301.870
Governo da Suécia	262.367	1.995.189	2.869.587
Governo da Suíça	269.000	592.000	592.500
Governo do Reino Unido	1.473.000	2.290.282	3.888.718
Governo dos Estados Unidos	11.017.875	11.382.931	20.939.668
Governo países não-DAC/Agências Bilaterais	2.485.267	2.118.491	2.269.614

Fonte: UNAIDS. "Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006." Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008.

Anexo 6. Despesa de HIV/SIDA de Organizações Internacionais 2004-2006

<i>Organizações/Instituição</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>
Fundos multilaterais ou fundos de desenvolvimento	12.156.270	18.021.229	30.604.117
ONUSIDA	41.980	86.452	8.860
Organização Mundial de Saúde (OMS)	1.064.023	1.527.671	1.564.682
Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF)	3.570.185	2.545.714	5.547.407
Programa Mundial de Alimentação (PMA)	-	4.291.239	10.368.920
Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (UNDP)	461.011	1.171.332	325.031
Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP)	3.176.086	1.616.378	1.436.348
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO)	-	50.000	62.000
Banco Mundial	3.377.675	6.131.886	9.211.131
Fundo Global para a SIDA, a tuberculose e a malária	-	-	649.960
Comissão das Comunidades Europeias	-	-	1.096.276
Fundos multilaterais ou fundos de desenvolvimento n.e.c.	465.310	600.557	333.502
Organizações/fundações internacionais sem fim lucrativos	5.300.994	4.492.866	5.885.183
Médicos sem Fronteiras	3.345.520	714.030	2.613.481
Family Health International	-	-	2.462
Care International	-	-	70.292
Foundation Mérieux	-	-	245.174
Organizações e fundações internacionais sem fins lucrativos	1.955.474	3.778.836	2.953.774
<i>Total</i>	<i>38.876.362</i>	<i>46.712.364</i>	<i>81.203.830</i>

Fonte: UNAIDS. “Presentation of Main Findings of the NASA for Period 2004-2006.” Hotel Avenida, Maputo, Moçambique, 17 de Março de 2008.

Anexo 7. Intervenções Desenvolvidas por Instituições Estatais

<i>Instituições</i>	<i>Área de Intervenção</i>	<i>Localização da Intervenção</i>
Ministério da Saúde	Prevenção, cuidados e tratamento: educação/informação sobre HIV/SIDA, ATV, PTMC, TARV	Todas as províncias
CNCS	Coordenação e financiamento de programas e projectos de HIV/SIDA	Todas as províncias
Ministério das Finanças	Mobilização de recursos	Todas as províncias
Ministério da Mulher e da Acção Social INAS	Prevenção e mitigação: cestas alimentares para PVHS, crianças e órfãos malnutridos (<i>Programa de Apoio Social Directo</i>)	Todas as províncias
Ministério da Agricultura	Prevenção, mitigação, cuidados, tratamento: está em implementação um plano estratégico de HIV/SIDA que tem como principal objectivo o desenvolvimento e a produção de metas definidas pelo Ministério da Agricultura – o plano tem em vista trabalhadores do MINAG e suas famílias, produtores agrícolas.	Todas as províncias
Ministério da Educação e Cultura	Prevenção, mitigação: <ul style="list-style-type: none"> • Um pacote básico que aborda Educação Básica (EP1, EP2) • Programa de saúde sexual e reprodutiva conhecido como <i>Geração Biz</i>, direccionado para adolescentes e jovens (10–24 anos) • Programa radiofónico conhecido como <i>Mundo sem segredos</i> direccionado para crianças de 10–15 anos • Programa de gestão escolar de HIV/SIDA direccionado para directores de escolas visando fortalecer as suas capacidades de planificação para minorar o impacto da epidemia 	Todas as províncias
Ministério da Juventude e Desportos	Prevenção: em colaboração com os Ministérios da Educação e da Saúde está a implementar o programa de saúde sexual e reprodutiva conhecido como <i>Geração Biz</i> , direccionado para adolescentes e jovens (10–24 anos)	Todas as províncias

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Nota: A tabela acima indica que as intervenções são concebidas de modo a cobrir todas as províncias do país; no entanto, a actual cobertura de todos os programas é retalhada e, de momento, não satisfaz as necessidades das pessoas vivendo com HIV/SIDA ou dos agregados familiares afectados.

Anexo 8. Intervenções Desenvolvidas por Organizações Internacionais e ONGs

<i>Organização ou ONG</i>	<i>Tipo de Intervenção - Exemplos</i>	<i>Localização da Intervenção</i>
UNICEF	Prevenção, Mitigação, Cuidados, Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamento integrado do subprojecto de SIDA pediátrica, incluindo alimento terapeutico pronto para usar (plumpy nut) e integrando nutrição em serviços pediátricos para gravemente malnutridos • Apoio alimentar directo para crianças órfãs e vulneráveis através do Departamento de Acção Social e de alimentos do PMA 	O UNICEF está a apoiar o MISAU na implementação deste tipo de intervenção
OMS	Aconselhamento técnico sobre nutrição e HIV/SIDA	Apoia o MISAU
FAO	Mitigação: Programa de promoção Agrícola e de Habilidades para a Vida, Vacinação Comunitários contra a Newcastle	Financiamento de várias ONGs na parte central do país (Províncias de Manica e Sofala)
PMA	Mitigação: <ul style="list-style-type: none"> • Cesta alimentar em postos de PTMC e ARV • Apoio através de Acção Social para COVs 	Todas as províncias
PNUD	Prevenção, Desenvolvimento institucional Nenhum enfoque específico de nutrição	Todas as províncias
FNUAP	Prevenção; Desenvolvimento institucional	Todas as províncias
Fundação Clinton	Prevenção; Nenhum enfoque específico de nutrição	Todas as províncias
MSF Luxemburgo	Cuidados e tratamento Educação para a nutrição e apoio alimentar	Província de Maputo
SCF-US	Prevenção, Mitigação: <ul style="list-style-type: none"> • Apoio Alimentar a COVs • Programa de PTMC • Cuidados domiciliários • Integrando HIV/SIDA em programas de agricultura 	Províncias de Nampula e Gaza
SCF-UK	Prevenção, Mitigação: Programa de Subvenções Comunitárias	Província da Zambézia
Comunidade Santo Egídio	Cuidados e Tratamento: Programa Dream (apoio nutricional para pessoas vivendo com HIV/SIDA)	Províncias de Gaza, Manica e Sofala
HAI	Prevenção, Cuidados e Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> • Material educativo sobre Nutrição HIV/SIDA (cartazes e brochuras) • Cuidados Domiciliários para PVHS • Distribuição de rações alimentares 	Províncias de Manica e Sofala
HKI	Prevenção: Material educativo sobre nutrição e HIV/SIDA como posters e brochuras	Província de Manica
Elizabeth Glazer Foundation	Levantamento do Programa de PTMC: Avaliação das metas de substituição de alimentação após os seis meses	Províncias de Gaza, Manica e Sofala

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Anexo 9. Doadores Bilaterais e Áreas de Intervenção

<i>Doadores</i>	<i>Tipo de Intervenção</i>
Bélgica	Tratamento: medicamentos para doenças Não focaliza especificamente a nutrição
Doadores bilaterais que participam no Fundo Comum (Canadá, Dinamarca, Irlanda, Suécia, Reino Unido)	Todas as actividades de HIV/SIDA (prestado apoio para as actividades identificadas no PEN II) Não incide especificamente sobre a nutrição Embora em nutrição seja uma componente do PEN II
Comissão Europeia	Prevenção para grupos vulneráveis (mineiros, refugiados) produzindo material educativo
Finlândia	Prevenção: apoio a reunião de recursos farmacêuticos Não incide especificamente sobre a nutrição
França	Prevenção: fortalecimento de laboratórios, base de dados de bancos de sangue Não incide especificamente sobre a nutrição
Alemanha	Prevenção (prevenção e controlo de DTS/HIV/SIDA na região Centro) Não incide especificamente sobre a nutrição
Embaixada da Irlanda	Cuidados, tratamento e prevenção: apoio para associações <i>umbrella</i> para organizações a trabalhar com HIV/SIDA e pessoas vivendo com HIV/SIDA Não incide especificamente sobre a nutrição
Itália	Prevenção: apoio ao programa epidemiológico e microbiológico Não incide especificamente sobre a nutrição
Países Baixos	Prevenção: <i>marketing</i> social de preservativos Não incide especificamente sobre a nutrição
Portugal	Prevenção: formação e Programa de educação de pares Não incide especificamente sobre a nutrição
Espanha	Prevenção: implementação de um ATV, capacitação a nível distrital Não incide especificamente sobre a nutrição
USAID	Prevenção: programa de <i>marketing</i> social de preservativos (PSI); apoio a ONGs; expansão da vigilância do HIV
PEPFAR	Contribuição técnica no desenvolvimento da cesta básica de nutrição e suplementação nutricional para PVHS

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Nota: Os programas de doadores são normalmente associados a programas estratégicos das organizações/instituições que eles financiam. Tanto quanto se sabe, nenhum dos doadores tem programas específicos para intervenções de nutrição.

Anexo 10. Intervenções Desenvolvidas por ONGs Nacionais

<i>Organizações</i>	<i>Províncias</i>	<i>Tipo de Intervenção</i>
ANSA	PROVÍNCIAS DO Sul, Centro e Norte	Formação de ONGs para nutrição e HIV/SIDA
IBFAN Africa	Trabalhos através de ONGs e membros individuais Ex: REENCONTRO, ANSA, AMODEFA, HOCOSIDA, COMUTRA, ANEMO, AMOSAPU, MULEIDE, NDYOKO	Advocacia e Amamentação e Alimentação Infantil e HIV/SIDA
Reencontro	Cidade e Província de Maputo	Mitigação, Cuidados, Tratamento: <ul style="list-style-type: none"> • Apoio a COVs e suas famílias • Tratamento e cuidados domiciliários para PVHS
Associação Tariro Associação Pembenuca Associação Shimguirurai Chiungano Cherudo Ahi Associação Hulene Nala	Província de Manica	Prevenção, mitigação, cuidados <ul style="list-style-type: none"> • Educação / informação respeitante ao HIV/SIDA • Cuidados para PVHS • Distribuição de rações alimentares
Associação Nirwanane Associação Nivenyee	Província de Nampula	
Associação Kwimuka	Província de Niassa	
Associação Kuvumbane Associação Tchaelelo	Província de Gaza	
Associação Tinhena Hihlulile	Província de Maputo	
Associação Kewa	Província da Zambézia	
Associação Khulupiwa Associação Rudho Ni Npenha	Província de Sofala	
Associação Chigwirizano	Província de Tete	
Associação Kaerea	Província de Cabo Delgado	

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Anexo 11. Lista de Indicadores da Estrutura de M&A

<i>Principais Indicadores</i>		<i>Ref.</i>	<i>Fonte</i>
<i>Prevenção de HIV/SIDA</i>		<i>Indicadores de Resultado</i>	
Melhoramento da qualidade da prevenção e do tratamento de ITS e HIV/SIDA	% de pacientes com ITS atendidos nas unidades sanitárias, diagnosticados, tratados e aconselhados de acordo com os protocolos estabelecidos	IR1	Inquérito sobre a cobertura dos serviços de saúde nas unidades sanitárias
Prevenção da transmissão vertical	% de mulheres grávidas infectadas com HIV (HIV +) que receberam medicamentos preventivos de ARVs para reduzir o risco da transmissão vertical	IR2	Inquérito sobre a cobertura dos serviços de saúde nas unidades sanitárias
Garantia da bio-segurança do sangue e infecções ‘nosocomiais’	% de bancos de sangue – centros de transfusão com programas de controlo de qualidade efectivo	IR3	Inquérito sobre a cobertura dos serviços de saúde nas unidades sanitárias
	% de sangue testado em HIV e sífilis de acordo com os protocolos estabelecidos	IR4	Inquérito sobre a cobertura dos serviços de saúde nas unidades sanitárias
Promoção de práticas seguras	% de adolescentes e jovens (10-24 anos) formados em habilidades e educação para a vida em HIV/SIDA dentro e fora da escola	IR5	MINED e MIJUDE (Informação sobre a formação de adolescentes e jovens)
	% de escolas com professores formados em habilidades para a vida baseadas no HIV/SIDA e no que foi ensinado no último ano lectivo	IR6	MINED (relatório da formação)
<i>Tratamento, Cuidados Médicos</i>		<i>Indicadores de Resultado</i>	
Cuidados Médicos	% de pacientes infectados com HIV/SIDA (HIV+) seguidos e tratados nos Hospitais de Dia, com uma ou mais infecções oportunistas, incluindo tuberculose	IR7	MISAU (relatórios de Hospitais de Dia)
	% de pessoas com infecção avançada que recebem terapia de ARV	IR8	MISAU (relatórios de TARV)
<i>Apoio e cuidados comunitários e domiciliários</i>		<i>Indicadores de Resultado</i>	
Crianças Órfãs e Vulneráveis	Nº de COVs a receber apoio comunitário e domiciliário (por tipo de ajuda, distrito e sexo)	IR9	CNCS-SE (informação trimestral sobre a implementação de acções)
	Nº de iniciativas da comunidade ou de organizações comunitárias a receber apoio em cuidados para COVs	IR10	CNCS-SE (informação trimestral sobre a implementação de acções)
Pessoas vivendo com HIV/SIDA	Nº de pessoas/familiares a receber apoios externo para cuidar de adultos cronicamente doentes	IR11	CNCS-SE (informação trimestral sobre a implementação de acções)

<i>Esforços Nacionais de Monitorização</i>	<i>Indicadores de Resultado</i>		
Formação, estudos e pesquisa	Nº de organizações comunitárias, de instituições públicas e privadas formadas em M&A	IR15	CNCS-SE (informação trimestral sobre a implementação de acções)
	Nº de estudos implementados relacionados com HIV/SIDA	IR16	CNCS-SE (informação trimestral sobre a implementação de acções)
Gestão de compromissos nacionais	Valor dos fundos dispendidos em HIV/SIDA (por categoria de despesas e fonte de financiamento)	IR17	Relatórios do MPF
	Index compósito da resposta nacional	IR18	Questionário sobre ICRN

Fonte: CNCS. “Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV/SIDA 2005-2009 – Livro II - Objectivos e Estratégias.”

Anexo 12. Rácio Habitantes/Médico por Província

<i>Províncias</i>	<i>Nº de médicos</i>	<i>Nº de habitantes</i>	<i>Habitantes/médico</i>
Cabo Delgado	27	1.650.270	61.121
Niassa	14	1.027.037	73.360
Nampula	53	3.859.348	72.818
Zambézia	27	3.794.509	140.537
Tete	19	1.551.949	81.682
Manica	24	1.359.923	56.663
Sofala	41	1.676.131	40.881
Inhambane	28	1.412.349	50.441
Gaza	30	1.333.106	44.437
Província de Maputo	29	1.072.086	36.968
Maputo Cid. /HCM	247	1.244.227	5.037
<i>total</i>	539	19.980.935	37.070

Fonte: República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos, DPG 2006.

Anexo 13. Rácio Habitantes/Enfermeiro por Província

<i>Províncias</i>	<i>Nº de enfermeiros</i>	<i>Nº de habitantes</i>	<i>Habitantes / enfermeiro</i>
Cabo Delgado	245	1.650.270	6.736
Niassa	259	1.027.037	3.965
Nampula	716	3.859.348	5.390
Zambézia	586	3.794.509	6.475
Tete	330	1.551.949	4.703
Manica	277	1.359.923	4.909
Sofala	438	1.676.131	3.827
Inhambane	256	1.412.349	5.517
Gaza	260	1.333.106	5.127
Província de Maputo	201	1.072.086	5.334
Cidade de Maputo/HCM	681	1.244.227	1.827
<i>Total</i>	<i>4249</i>	<i>19.980.935</i>	<i>4.703</i>

Fonte: República de Moçambique, Ministério da Saúde, Direcção de Recursos Humanos, DPG 2006.

Anexo 14. Intervenções Direccionadas com PVHS em TARV

<i>Organização: Províncias</i>			
<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>Grupo-alvo Número/percentagem de beneficiários</i>	<i>Indicadores e critérios de inclusão e exclusão do programa</i>	<i>Observação</i>
<i>Comunidade Santo Egídio: Região Sul (Província e Cidade de Maputo, Matola, Província de Gaza), Região Centro (Beira e Cidade de Quelimane) e Região Norte (Cidade de Nacala)</i>			
Tratamento anti-retroviral (HAART)	Pacientes positivos em TARV	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> Estágio III –IV da OMS IMC <= 18.5 Pobreza 	A educação básica está incluída neste programa
São fornecidos alimentos a pacientes com HIV/SIDA e suas famílias	13.284 fizeram rastreio de HIV	Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> Estágio clínico I e II da OMS CD4 > 200 (cv < 55,000 copies) A sair da situação de pobreza 	Os alimentos são dados aos pacientes mensalmente, sendo também distribuídas refeições ligeiras durante períodos de espera no hospital de dia
Ração alimentar distribuída mensalmente composta por: 10 kg de farinha de milho, 4 kg de feijão, 2 l de óleo, 1 kg de açúcar, 5 kg de mistura de milho e soja, 2kg de amendoim	Foram identificados e estão a beneficiar do programa 6.700 doentes infectados com HIV		Este programa é dispendioso, cerca de US\$ 800 por paciente num ano (incluindo custos directos e indirectos)
Em caso de malnutrição grave, o pacote mensal é reforçado e composto por: 10 kg de farinha de milho, 4 kg de feijão, 2 l de óleo, 1 kg de açúcar, 5 kg de mistura de milho e soja, 2kg de amendoim	> de 60.000 pessoas beneficiam directa indirectamente (dados de 2004/2005)		Esta poderia ser classificada como uma das mais completas cestas alimentares distribuídas por todo o país
<i>LWF: Cidade de Maputo</i>			
Ração alimentar fornecida cada 3 meses composta por: 5 kg de milho, 5 kg de feijão, 5 kg de açúcar, 5 kg de amendoim, 2 l de óleo, 1 kg de sal, 1 pacote de sabão	Pacientes HIV positivos	Não foram definidos indicadores específicos – a avaliação feita para a inclusão toma em consideração o estado de saúde (sinais clínicos) e a situação económica	Foi dada educação para a nutrição, PVHS aprenderam como preparar papas e a maior parte delas estão a utilizá-las diariamente
Medicamentos e aconselhamento			
<i>INAS: Todas as províncias</i>			
Cesta alimentar composta por milho, amendoim, feijão, açúcar, óleo, sabão – por vezes dá-se milho e papa enriquecida	PVHS- 767 (3,37%)	Não foram definidos indicadores específicos	A educação para a nutrição não está incluída neste programa
		Os critérios de inclusão são residenciais, critérios de rendimento, critérios clínicos (PVHS). Foram desenvolvidos formulários	
		Os critérios de exclusão são: melhoramento da situação socioeconómica do agregado	

Cesta alimentar composta por milho, arroz, óleo, açúcar, amendoim, feijão, peixe seco - foram incluídas folhas verdes e frutos na segunda opção de cesta alimentar (ver anexo 20)	PVHS em TARV TB Tratamento Prevê-se que beneficie 145.500 pessoas por ano	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • IMC <=18.5 • Fraca situação socioeconómica <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC > 18.5 	A Cesta Alimentar foi concebida pelo Ministério da Saúde com apoio do grupo de trabalho de nutrição – Foi aprovada pelo Conselho de Ministros, estando a ser elaborado o plano operacional
Incluir-se-á educação para a nutrição neste programa		O apoio alimentar será dado por um período de seis meses, após o que será feita uma avaliação	O INAS foi designado instituição responsável pela sua implementação – assumiu-se também que outras organizações e instituições estarão a implementar este programa
			O MISAU /Departamento de nutrição ainda está a trabalhar num pacote de intervenções de nutrição para PVHS
<i>PMA: Sofala, Manica, Tete, Inhambane, Gaza e Província de Maputo</i>			
A ração alimentar para crianças em instituições é composta por: 7,5 kg de milho, 1,5 kg de vegetais, 0,6 l de óleo	Pacientes em lista de TARV, PTMC, programas de cuidados domiciliários	Não foram concebidos indicadores de nutrição específicos para este programa	O PMA está a intervir através de organizações parceiras (ver tabela nos anexos 18 e 19)
Crianças a viver na comunidade: 15 kg de milho, 1,5 kg de vegetais, 0,6 l de óleo	26.700 clientes/ doentes (38% na zona centro e 62% na zona sul)		A educação para a nutrição não está incluída neste programa
<i>MSF Luxemburgo: Cidade de Maputo, Província de Tete</i>			
Ração alimentar composta de: 18 kg de mistura de milho e soja, 36 kg de milho, 6 kg de vegetais, 3 l de óleo	Adultos HIV positivos O total das duas províncias é de cerca de 10.096 pessoas – Neste programa não se fez qualquer discriminação entre os diferentes grupos-alvo	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • IMC <= 18 • Em tratamento de TB • Início de TARV <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IMC > 20 durante 2 visitas consecutivas • Tratamento TB concluído e IMC > 20 • TARV > meses • E IMC > 20 	Não é dada educação para a nutrição

Health Alliance International: Províncias de Manica e Sofala

Ração alimentar distribuída mensalmente composta por: 25 kg de milho, 5kg de vegetais, 3 l de óleo, 10 kg de mistura de milho e soja	HIV positivos em TARV	<p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• IMC <= 18• Em tratamento de TB• A iniciar TARV• Fraca situação socioeconómica <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none">• IMC > 20 em 2 visitas consecutivas• tratamento TB concluído e IMC > 20• TARV > 6 meses e IMC > 20	<p>Não é dada educação para a nutrição para PVHS a receber a ração alimentar</p> <p>A educação para a nutrição incluindo demonstração sobre como preparar papa enriquecida para crianças de mães HIV positivas é dada em unidades sanitárias nas consultas de pessoas em risco</p>
--	-----------------------	---	--

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Nota: O grupo de trabalho de nutrição é composto por instituições estatais e ONGs nacionais e internacionais. A assistência alimentar tem um importante objectivo, a manutenção e o melhoramento da saúde e bem-estar do cliente/paciente.

Anexo 15. Intervenções para Pessoas Afectadas pelo HIV/SIDA (COVs)

<i>Organização: Províncias</i>			
<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>Grupo-alvo Número/percentagem de beneficiários</i>	<i>Indicadores e critérios de inclusão e exclusão do programa</i>	<i>Observação</i>
<i>INAS: Todas as províncias</i>			
Distribuição de ração alimentar composta por milho, amendoim, óleo, feijão, açúcar e sabão.	OVC	No foram desenvolvidos indicadores específicos	A educação para a saúde não está incluída neste programa
	Crianças cujas mães não podiam amamentar (devido a problemas de saúde)	Os critérios de inclusão e exclusão são: residencial, critérios de rendimento, critérios clínicos (para PVHS). Foram desenvolvidos formulários para recolher esta informação	
	Crianças chefes de família		
	Em 2006, os números de beneficiados foram: <ul style="list-style-type: none"> • OVC: 7.624 (33,4%) • Crianças cujas mães não podiam amamentar: 384 (1,68%) • Crianças chefes de família: 1.275 (5,60%) 	<p>Crianças cujas mães não podiam amamentar, deixaram de receber apoio passados 24 meses</p> <p>COVs estão a receber apoio durante dois anos, após o que as crianças continuarão a receber apoio em material escolar</p> <p>As crianças chefes de família recebem apoio até aos 18 anos de idade ou após serem integradas em actividades de geração de rendimento</p>	
<i>INAS: Todas as províncias</i>			
Cesta alimentar composta por milho, arroz, óleo, açúcar, amendoim, feijão, peixe seco (folhas verdes e fruta)	Crianças de mães HIV positivas	<p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> • P/A 70 -79% • Situação socioeconómica <p>Critérios de exclusão: P/A > 85% durante dois meses consecutivos</p>	A cesta alimentar foi conceptualizada pelo MISAU e aprovada recentemente pelo Conselho de Ministros, estando a ser elaborado o plano operacional – será implementado pelo INAS e outras organizações e instituições

<i>Comunidade Santo Egidio: Região Sul (Provincia e Cidade de Maputo, Matola, Provincia de Gaza), Região Centro (Beira e Cidade de Quelimane) e Região Norte (Cidade de Nacala)</i>			
Suplementação nutricional	Crianças em TARV	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Todas as crianças em TARV com baixo peso e percentil < ou = 3 • Crianças com problemas de desenvolvimento • Todas as COVs 	A educação para a nutrição está incluída neste programa
A ração alimentar mensal é composta por: feijão, óleo, açúcar, milho, mistura de milho e soja, amendoim	OVC	Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Quando a criança não está em TARV mas o peso é, e tem percentil > 3 por mais de seis meses 	
<i>Help Age: 52 Comunidades nas províncias de Gaza e Tete</i>			
Distribuição de ração alimentar	Idosos chefes de agregados familiares com crianças com menos de sete anos	Não foram concebidos indicadores específicos para este programa	A educação para a nutrição não está incluída neste programa
	Em 2006, cerca de 1000 crianças beneficiaram	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • Idosos chefes de agregados familiares com crianças < 7 anos 	Outras intervenções, tais como registo nascimento, integração de crianças na escola, construção de latrinas, melhoramento de abastecimento de água e apoio a actividades agrícolas
<i>MSF Luxemburgo: Cidade de Maputo e Provincia de Tete</i>			
Distribuição de ração alimentar composta por milho, óleo, mistura de milho e soja, feijão	Crianças HIV positivas	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> • W/H <= 85% • Em tratamento de TB • A iniciar TARV 	
Distribuição de ração alimentar composta por alimento terapeutico pronto para usar(plumpy nut) soja e óleo para crianças 6–12 meses que não estejam a ser amamentadas	Crianças de mães HIV positivas	Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> • P/A > 85% em duas visitas consecutivas • Fim de tratamento TB e P/A > 85% • ARV tratamento > 6 meses e P/A > 85% • Crianças acima dos 18 meses que não estejam a participar em consultas de criança em risco 	
	Crianças com 6–12 meses que não estejam a ser amamentadas		
<i>Ministério da Mulher e da Acção Social e PMA: Províncias de Maputo, Gaza, Manica, Sofala e Tete</i>			
Ração alimentar composta por milho, vegetais, óleo e mistura de milho e soja	Pessoas cronicamente doentes e suas as famílias	Os indicadores de monitorização e avaliação estão relacionados com a actividade de distribuição de ração alimentar	Neste programa não foi incluída educação para a nutrição
	COVs e suas famílias a viver em agregados familiares ou instituições	Não foram desenvolvidos indicadores de nutrição específicos neste programa	

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Anexo 16. Actividades direccionadas a Mulheres Grávidas e Lactantes HIV+

<i>Organização: Províncias</i>			
<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>Grupo-alvo Número/percentagem de beneficiários</i>	<i>Indicadores e critérios de inclusão e exclusão do programa</i>	<i>Observação</i>
<i>Comunidade Santo Egídio: Região sul (Província e Cidade de Maputo, Matola, Província de Gaza), Região Centro (Beira e Cidade de Quelimane) e Região Norte (Cidade de Nacala)</i>			
Tratamento Anti-retroviral (HAART) A razão alimentar mensal é composta por: 4 kg de feijão, 2 l de óleo, 1kg de açúcar, 5 kg de mistura de milho e soja, 2 kg de amendoim	Mulheres grávidas HIV positivas	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> Todas as mulheres grávidas em programa de PTMC Até a criança ter 18 meses 	Embora este programa possa não ser sustentável ou não ter eficiência de custos, é um dos únicos programas que dão apoio alimentar e nutricional
<i>MSF Luxemburgo: Cidade de Maputo e província de Tete</i>			
Distribuição de rações alimentares compostas por: 18 kg de mistura de milho e soja, 3 l de óleo, 36 kg de milho, 6 kg de vegetais	Mulheres grávidas HIV positivas	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> Circunferência braquial <= 22 cm Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> Circunferência braquial > 22,5 cm Pós-parto com IMC > 20 	
<i>INAS e outras ONGs: Todas as províncias</i>			
Cesta alimentar composta por: milho, arroz, óleo, açúcar, amendoim, feijão, peixe seco, (folhas verdes e fruta) – estes dois alimentos foram incluídos na segunda opção de cesta alimentar A educação para a nutrição será incluída neste programa	Mulheres grávidas HIV positivas	Critérios de inclusão: <ul style="list-style-type: none"> Circunferência braquial < 21cm Situação socioeconómica Critérios de exclusão: <ul style="list-style-type: none"> Circunferência braquial > 23cm IMC > 18.5 em dois meses consecutivos 	Como atrás referido a Cesta Alimentar foi conceptualizada pelo MISAU e aprovada recentemente pelo Conselho de Ministros, estando a ser elaborado o plano operacional – será implementada pelo INAS e outras organizações e instituições

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Anexo 17. Comunidade e Agregados Familiares Afectados pelo HIV/SIDA

<i>Organização: Províncias</i>			
<i>Tipo de Intervenção</i>	<i>Grupo-alvo Número/percentagem de beneficiários</i>	<i>Indicadores e critérios de inclusão e exclusão do programa</i>	<i>Observação</i>
<i>FAO: Províncias de Manica e Sofala</i>			
Mitigação: proporciona conhecimento e habilidades de agricultura e outras habilidades para a vida	COVs, através de escolas: estão a ser implementadas 28 programas Juvenis de promoção agrícola e de habilidades para a Vida (JFFS) nas províncias de Manica e Sofala	Não estão incluídos indicadores específicos de nutrição	Esta intervenção tem o principal objectivo de melhorar a segurança alimentar e a situação de nutrição de agregados familiares com COVs
<i>Kubatsirana: Províncias de Manica e Sofala</i>			
Piscinas de peixes, programas juvenis de promoção agrícola e habilidades para a vida, criação comunitária de galinhas, e gestão comunitária de criação animal	PVHS COVs	Não estão incluídos indicadores específicos de nutrição	O objectivo da iniciativa de tanque de peixes foi proporcionar rendimento aos voluntários e/ou às associações e proporcionar acesso a alimentos de elevado teor de proteína para doentes em cuidados domiciliários e COVs
<i>SCF-UK: Província da Zambézia (Distritos de Morrumbala e Mopeia)</i>			
Subvenções comunitárias para projectos na área da segurança alimentar, modos de vida, habilidades	Grupos comunitários capazes de demonstrar que os projectos beneficiarão COVs	Não estão incluídos indicadores específicos de nutrição	Apenas grupos comunitários que consigam demonstrar como os projectos beneficiarão COVs

Fonte: Entrevistas feitas pelo autor e documentos proporcionados pelas organizações/instituições, 2006/2007.

Anexo 18. Programas de Assistência Alimentar e de Cuidados e Tratamento para o HIV/SIDA – Números Planificados da Região Centro 2006

Província	Organização	Distrito	Clientes/Doentes		
			HC/HV	TARV	PTMC
Manica	HAI	Barué		100	50
	HAI	Chimoio		250	250
	Rudhu Kubatana	Chimoio	230		0
	Kubatsirana	Chimoio	750		0
	HAI	Gondola		100	100
	HAI	Guro	0		50
	CVM	Machaze	66		
	HAI	Machaze			50
	Hospital de Dia HAI	Manica		100	100
	ANDA	Manica	200		0
	HAI	Messica			50
	HAI	Mussourize		100	50
	CVM	Mussourize	67		0
	HAI	Sussundenga			0
	CVM	Sussundenga	67		
		HAI	Vandúzi		
<i>Total Manica</i>			<i>1.380</i>	<i>650</i>	<i>750</i>
Sofala	Associação Kulupira	Beira	50		0
	Associação PACO	Beira	200		0
	Associação Rudho Ne Upenhi	Beira	300		0
	Comunidade Santo Egídio	Beira	101	158	122
	Hospital de Dia HAI	Beira	0	650	200
	Luz na Comunidade	Beira	300		0
	HAI	Búzi		100	75
	Kuphedzana	Búzi	200		
	World Relief	Búzi	100		
	HAI	Caia		100	
	HAI (EDP Muxungue)	Chibabava		100	50
	HAI	Dondo		100	200
	Kuphedzana	Dondo	200		
	ASVIMO	Dondo	90		0
	ASADEC	Dondo	190		
	HAI	Gorongosa		100	
HAI	Marromeu		100		
HAI	Nhamatanda	50	100	100	

	Kuphedzana	Nhamatanda	300		
	CVM	Nhamatanda	100		
	<i>Total Sofala</i>		<i>2.181</i>	<i>1.508</i>	<i>747</i>
<i>Tete</i>	Visão Mundial Internacional	Changara	762		
	MSF	Moatize	240	270	300
	Visão Mundial Internacional	Moatize	514		
	Visão Mundial Internacional	Cahora Bassa	724		
	<i>Total Tete</i>		<i>2.240</i>	<i>270</i>	<i>300</i>
<i>Total Zona Centro</i>			<i>5.801</i>	<i>2.428</i>	<i>1.797</i>

Fonte: WFP 2006.

Nota: HC/HV = Cuidados domiciliares para pessoas com HIV.

Anexo 19. Programas de Assistência Alimentar e de Cuidados e Tratamento para o HIV/SIDA – Números Planificados da Região Sul 2006

<i>Provincia</i>	<i>Organização</i>	<i>Distrito</i>	<i>Cientes/Patientes</i>		
			<i>HC/HV</i>	<i>TARV</i>	<i>PTMC</i>
<i>Gaza</i>	CVM	Bilene	50		
	World Relief	Bilene	194		
	SC US	Bilene	525		
	Filhas de Caridade Chalucwane	Chalucwane	350		
	CVM	Chibuto	60		
	World Relief	Chibuto	97		
	SC US	Chibuto	817		
	SPiR-Sede	Chicualacuala	500		
	SPiR-Mapai	Chicualacuala	700		
	Filhas de Caridade Carmelo	Chokwé	600	230	
	CVM	Chokwé	100		
	World Relief	Chokwé	195		
	Arepacho	Chongoene	179		
	World Relief	Guijá	97		
	CVM	Guijá	55		
	SC US	Guijá	200		
	SPiR	Guijá	1.300		
	Igreja Presbiteriana	Manjacaze	644		
	SC US	Manjacaze	100		
	CVM	Manjacaze	40		
	Tchavevelo	Manjacaze	242		
	World Relief	Massingir	97		
	ACTIVA	Xai-Xai	123		
	Associação Reencontro	Xai-Xai	125		
	Chikuha	Xai-Xai	240		
	CVM	Xai-Xai	40		
	World Relief	Xai-Xai	194		
	SC US	Xai-Xai	858		
	Vontade	Xai-Xai	192		
	<i>Total Gaza</i>			<i>8.914</i>	<i>230</i>

<i>Inhambane</i>	GOAL	Homoine	28	72		
	GOAL	Inhambane	42	88		
	World Relief	Inharrime	178			
	World Relief	Cumbane-Jangamo	160			
	World Relief	Massinga	300			
	IRD	Maxixe	69	100		
	World Relief	Murrombene (Muco)	80			
	World Relief	Murrombene	190			
	World Relief	Zavala	200			
	World Relief	Zavala (Zandamela)	100			
	GOAL	Zavala (Chissibuca)	48			
	<i>Total Inhambane</i>			<i>1.395</i>	<i>260</i>	<i>0</i>
	<i>Maputo</i>	Casa do Gaiato	Boane	156	80	40
Amodefa		Magude	150			
Amodefa		Manhiça	110			
Direccao Distrital de Manhica		Manhiça	150	360	200	
Casa da Alegria		Maputo	150	80		
Kindlimuka		Maputo	75			
Santo Egídio		Maputo	111	898	763	
FDC / Associação dos Enfermeiros		Maputo	341	134		
MSF		Maputo	250	200	200	
Polana Caniço		Maputo	75	250	25	
Medicus Mundi Spain		Matola	90	60		
Médicos do Mundo Portugal		Matola	160			
Cruz Vermelha de Moçambique		Moamba	333			
Scalabrini		Moamba	88			
Amodefa		Namaacha	135			
MDM Portugal	Maputo	200				
<i>Total Maputo</i>			<i>2.574</i>	<i>2.062</i>	<i>1.228</i>	
<i>Total Zona Sul</i>			<i>12.883</i>	<i>2.552</i>	<i>1.228</i>	

Fonte: WFP 2006.

Nota: HC/HV = Cuidados domiciliaries para pessoas com HIV

Anexo 20. Cesta Alimentar

Opção A: Cesta Básica Mínima

produto	preço/kg (Mtn)	por pessoa				total (145.500 pessoas)		
		Quantidade		custo (Mtn)		quantidade	custos (Mtn)	
		mensal	Diária	diário	mensal	mensal	mensais	anuais
Arroz	15,00	7,425 kg	248 gr	3,71	111,38	1.080.337 kg	16.205.062	194.460.750
Farinha de milho	10,00	7,125 kg	238 gr	2,38	71,25	1.036.687 kg	10.366.875	124.402.500
Óleo	37,00	0,500 l	17 ml	0,62	18,50	72.750 L	2.691.750	32.301.000
Açúcar	20,00	0,500 kg	17 gr	0,33	10,00	72.750 kg	1.455.000	17.460.000
Amendoim	45,00	0,500 kg	17 gr	0,75	22,50	72.750 kg	3.273.750	39.285.000
Feijão	45,00	0,825 kg	28 gr	1,24	37,13	120.037 kg	5.401.687	64.820.250
Peixe seco	37,00	0,825 kg	28 gr	1,02	30,53	120.037 kg	4.441.387	53.296.650
<i>total (Mtn)</i>				<i>10,04</i>	<i>301,28</i>		<i>43.835.512</i>	<i>526.026.150</i>
<i>total (US\$)</i>				<i>0,40</i>	<i>12,05</i>		<i>1.753.420</i>	<i>21.041.046</i>

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição 2007.

Nota: Taxa de Câmbio 1 US\$ = 25 Mtn.

Opção B: Cesta Básica Aumentada

Produto	preço/kg (Mtn)	por pessoa				total (145.500 pessoas)		
		Quantidade		custo (Mtn)		quantidade	custos (Mtn)	
		mensal	Diária	diário	mensal	mensal	mensais	anuais
Arroz	15,00	3,000 kg	100 gr	1,50	45,00	436.500	6.547.500	78.570.000
Farinha de milho	10,00	9,100 kg	303 gr	3,03	91,00	1.324.050	13.240.500	158.886.000
Óleo	37,00	0,500 L	17 ml	0,62	18,50	72.750	2.691.750	32.301.000
Açúcar	20,00	0,500 kg	17 gr	0,33	10,00	72.750	1.455.000	17.460.000
Amendoim	45,00	0,500 kg	17 gr	0,75	22,50	72.750	3.273.750	39.285.000
Feijão	45,00	2,000 kg	67 gr	3,00	90,00	291.000	13.095.000	157.140.000
Peixe seco	37,00	3,300 kg	110 gr	4,07	122,10	480.150	17.765.550	213.186.600
Folhas Verdes	8,00	3,400 kg	113 gr	0,91	27,20	494.700	3.957.600	47.491.200
Fruta	9,00	3,600 kg	120 gr	1,08	32,40	523.800	4.714.200	56.570.400
<i>total (Mtn)</i>				<i>15,29</i>	<i>458,70</i>		<i>66.740.850</i>	<i>800.890.200</i>
<i>total (US\$)</i>				<i>0,61</i>	<i>18,35</i>		<i>2.669.634</i>	<i>32.035.608</i>

Fonte: Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição 2007.

Nota: Taxa de câmbio 1 US\$ = 25 Mtn.

Anexo 21. Lista de Pessoas Entrevistadas

<i>Nome</i>	<i>Organização/Posto</i>	<i>Contacto (e-mail e celular, Moçambique)</i>
Albertina Alage	MINAG Direcção Nacional de Extensão Agrária e Ponto Focal do HIV/SIDA	aalage@map.gov.mz
Alberto Jose dos Santos	TARIRO-Manica	8255122260
Alfredo MacArthur	MISAU	amacarthur@dnsdee.misau.gov.mz amacarthurjr@yahoo.com
Ana Taju	PET-PMA/SETSAN	ataju@setsan.org.mz
Angelina Vaz	MONASO	Angelvaz4@yahoo.com.br 824499370
António Raimo	KAEREA	825760828
Armando Jose	Associação Kwimuka	825486360
Armando Machiane	CVM	cvm@redcross.org.mz 822710380
Armando Tovela	CNCS	Armando.tovela@cncs.org.mz
Avone Pedro	MISAU/Nutrição	guipandane@yahoo.com.br 826566140
Bina Valaydon	Banco Mundial	bvalaydon@worldbank.org
Brenda Yamba	SCF-US	Byamba@savechildren.org
Carina Ismael	HKI Mozambique	Cismael@hki.org
Carlota Benjamin	INAS-SANHA	828046060
Cathrien Alons	Elizabeth Glazer Foudation	calaons@pedaids.org
Christian Rudert	UNICEF	crudert@unicef.org
Christine Kabanda	MSF	Medco2moz@hotmail.com Msfl – maputo@luxembourg.msf.org
Claudia Lopes	INAS-SANHA	Clopes@setsan.org.mz
Cristiano Matsinge	KULA	cmatsinhe@kula.co.mz,
Cristina Raposo	CDC	raposoc@mz.cdc.gov 824100110
Dayse Trovoada	OMS	trovoada@mz.afro.who.int 823262320
Deolinda Pacho	PMA	deolinda.pacho@wfp.org
Dezi Mahotas	UNICEF	
Dianne Bosh	HKI Mozambique	dbosh@hki.org
Diogo Milagre	CNCS	Diogo.milagre@cncs.org.mz
Eduarda Cipriano	FDC/Coordenadora do Projecto UPF	
Elias Masecame	Conselho Cristão	21322836 21491022
Ernesto Abreu	MSF	
Francesca Erdelmann	PMA	francesca.erdelmann@wfp.org 82 3016229
Francisca Cabral	SETSAN	823943826
Francisco Uqueio	CNCS	
Francisco Zita	Fundação Clinton	Fzita@clintonfoundation.org

Gabriella Bortolot	CSE	gabriellabortolot@virgilio.it, dream@sategideo.org, segideosaude@tvocabo.co.mz
Giovanna Lasilli	CSE	giasilli@ibero.it
Gloria Fazenda	CNCS	Gloria.fazenda@cncs.org.mz
Humberto Cossa	Banco Mundial	hcossa@worldbank.org
Inês Zimba	CSE	segidiosaude@tvocabo.co.mz
Joaninha Jonasse	MISAU/Nutrição	
Joana Mangureira	CNCS	Joana.mangureira@cncs.org.mz
João Manguane	KLULUPIWA - Sofala	828987568
Júlio Pacca	Pathfinder	jpacca@pathfind.org
Larissa Polejack	Departamento de Assistência Médica	Larissapolejack@columbia.org.mz 823168240
Lázaro dos Santos Filho	DHAA/SETSAN-FAO	lsantos@setsan.org.mz
Lídia Monjane	ANEMO	Lmonjane@yahoo.ca 828992700
Lília Jamisse	MISAU	ljamisse@dnsdee.misau.gov.mz
Lori Bell	FAO	lbell@setsan.org.mz
Maaïke Arts	UNICEF-Oficial do Projecto de HIV/AIDS	marts@unicef.org
Marcela Libombo	SETSAN	mllibombo@setsan.org.mz
Marcelo Karifo	AMODEFA	mkanto@amodefa.org.mz 21405109
Maria Tanque	FDC	
Mariana Correia	HAI-Chimoio	
Meque Antonio	MISAU–Cuidados Domiciliários	ameque@misau.gov.mz
Nunes Sampaio	HAI Beira	
Nydia Fernandes	Médicos do Mundo	Medicos.portugal@tvocabo.co.mz
Pablo Diez	MDM Espanha	Medicos.moz@tvocabo.co.mz
Pablo Montoya	HAI	Pablo@teledata.mz, hai/beria@teledata.mz
Paula Libombo	WHO	
Paula Vilaça	MISAU/Nutrição	p_miv@yahoo.com.br 828567670
Phoebe M. Kilele	CARE-Moçambique Coordenador de Saúde HIV/SIDA	phoebe@care.org.mz
Rosa Esperanca	TINHENA-Maputo	846606930
Sandy McGunegill	MISAU-Cuidados Domiciliários	mcgunegills@mz.cdc.gov smcgunegill@dndee.misau
Sonia Khan	UNICEF	Sonkhan@unicef.org
Telva Barros	ONUSIDA	Barrosm@unaidsmz.com
Titus Angi	USAID	Tangi@usaid.gov
Veronique Kollhoff	Visão Mundial	Veronique_Kollhoff@wvi.org
Victor Muchanga	CNCS	
Zita José Muchero	TINHENA (Maputo Asso AIDS.)	zitamuchero18@yahoo.com.br