



Agency for Co-operation and Research in Development
Association de Coopération et de Recherche pour le Développement
Agência para Cooperação e de Pesquisa para o Desenvolvimento



Sensibilização, Conscientização, Conhecimentos sobre ARVs & o Ambiente Político



Um Relatório Compêndio da Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso

Uma Publicação da:
Agência de Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento

Foto da tampa:

O investigador com membros de WONA-NDLELA, uma associação de PVHAs em Inhambane, um capital provincial da província.

ACRÓNIMOS

ACORD	Agência de Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento
AGR	Actividade de Geração de Rendimentos
ARVs	Medicamentos Anti-retrovirais
ATV	Aconselhamento e Testagem Voluntária
DDH	Hospital Designado ao nível distrital
EAC	Comunidade da África Oriental
HASAP	Programa de Advocacia e Apoio ao HIV e SIDA
IEC	Informação, Educação e Comunicação
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não-Governamentais
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Auxílio ao SIDA
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
PTMPF	Prevenção da Transmissão de Mãe para o Filho
SADC	Comunidade para o Desenvolvimento da África Austral
TARV	Terapia Anti-retroviral
TAWOLIHA	Mulheres Tanzanianas Vivendo com HIV e SIDA
TRIPS	Direitos de Propriedade Internacionais Relacionados com o Comércio
TWG	Grupo de Trabalho Técnico
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o SIDA
WAMATA	Walio Katika Mapambano dhidi ya Ukimwi Tanzania

ÍNDICE

ACRÓNIMOS	i
ÍNDICE	v
SUMÁRIO EXECUTIVO	vii
1.0 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Introdução	1
1.2 Contexto dos Três Estudos sobre ARVs	1
1.3 O Problema de Estudo e Justificação	2
1.4 Objectivos dos Três Estudos	2
1.5 Escopo dos Estudos	2
1.6 Metodologia e Abordagem.....	2
2.0 PERFIS DAS PESSOAS BENEFICIANDO DOS ARV	5
2.1 Introdução.....	5
2.2 Perfis Sócio-demográfico das Pessoas Beneficiando dos ARV.....	5
3.0 SENSIBILIZAÇÃO E CONHECIMENTO SOBRE O TRATAMENTO ARV	7
3.1 Introdução.....	7
3.2 Conhecimento e Compreensão do Tratamento ARV	7
3.3 Conhecimento sobre a Elegibilidade ao Tratamento ARV.....	7
3.4 Fontes de Informação sobre o Tratamento ARV.....	10
4.0 DISPONIBILIDADE, ACESSIBILIDADE E USO DE ARV.....	11
4.1 Introdução	11
4.2 Disponibilidade de ARVs.....	11
4.3 Acesso aos ARVs.....	11
4.4 Uso de ARV / Utilização dos Serviços de Tratamento ARV	13

5.0	IMPACTO DO USO DE ARV E AS BARREIRAS À ACESSIBILIDADE	15
5.1	Introdução	15
5.2	Impacto do uso de ARV.....	15
5.3	Barreiras ao Uso dos ARVs.....	17
6.0	POLÍTICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS	19
6.1	Introdução	19
6.2	Políticas e Quadros Nacionais.....	19
6.3	Políticas e Quadros Internacionais	20
7.0	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	21
7.1	Introdução	21
7.2	Conclusões.....	21
7.3	Recomendações.....	21
	REFERÊNCIAS	25

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Perfis sócio – demográficos das pessoas recebendo ARV	5
Tabela 2: Conhecimento sobre quem é elegível a usar os ARVs	8
Tabela 3: Fontes de Informação sobre o Tratamento ARV	9
Tabela 4: Acesso Geográfico aos ARVs	13

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribuição das pessoas beneficiando dos ARVs por ocupação em 3 países	6
Gráfico 2: A primeira vez que as pessoas beneficiando dos ARV ouviram sobre o tratamento em Moçambique	7
Gráfico 3: A primeira vez que as pessoas beneficiando dos ARVs ouviram sobre o tratamento em Tanzânia	7

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução

Em 2006, a Agência para a Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento (ACORD) através do seu Programa de Advocacia e Apoio ao HIV e SIDA (HASAP) realizou estudos sobre os medicamentos Anti-retrovirais (ARVs) em Burkina Faso, Tanzânia e Moçambique. O objectivo geral dos três estudos foi de servir como um instrumento de advocacia para a ACORD e outros actores envolvidos na advocacia para uma acessibilidade equitativa acrescida aos serviços de tratamento e cuidados do SIDA nos países Africanos. Os objectivos específicos dos estudos incluíram, entre outros:

- Constatar o conhecimento e a compreensão das pessoas sobre o tratamento ARV bem como as fontes de informação para o tratamento ARV,
- Avaliar a disponibilidade e o uso dos ARVs pela população nos três países,
- Descobrir o impacto do uso de ARV,
- Analisar as políticas nacionais e internacionais e
- Fazer recomendações visando abordar as lacunas identificadas na provisão de serviços relacionados com os ARVs.

Os três estudos adoptaram uma combinação de metodologias qualitativas e quantitativas. As pessoas beneficiando dos ARV foram os principais participantes dos estudos. Um total de 103, 58 e 176 pessoas beneficiando dos ARVs foram entrevistadas na Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso respectivamente. Outros participantes no estudo incluíram não utilizadores de ARVs (PVHS elegíveis mas não recebendo ARVs por sua própria escolha), membros da comunidade em geral e membros dos agregados familiares dos beneficiários de ARV, trabalhadores e funcionários distritais da saúde. Tecnoctas nos Ministério da Saúde, Programa Nacional de Controlo do SIDA (PNCS), OMS, UNAIDS, e associações de PVHS.

Resultados Chave

Perfil das Pessoas Beneficiando dos ARV

Nos três países, a maioria de pessoas beneficiando dos ARV eram mulheres e basicamente residiam nas zonas urbanas. A maior parte dos beneficiários de ARV em Tanzânia e Moçambique eram chefes de agregados familiares e tinham um baixo nível de educação formal i.e., ensino primário e eram geralmente pobres conforme reflectido na sua ocupação principal. Quase um quarto (18%) dos agregados beneficiadores de ARV na Tanzânia tinha um rendimento mensal estimado de menos de US \$10 por mês e ligeiramente pouco mais de um décimo (12%) ganhavam entre US \$ 25-40 por mês.

Sensibilização e Conhecimento sobre o

Tratamento ARV

Em geral, o conhecimento das pessoas em relação à elegibilidade de se beneficiar dos ARVs incluindo as pessoas actualmente sob tratamento ARV era limitado. Mais de dois terços (67.9%) e quase todas as pessoas beneficiando dos ARV (89.5%) tanto na Tanzânia como em Moçambique respectivamente acreditavam que todas as PVHS deviam estar sob tratamento ARV. Uma proporção significativa de utilizadores de ARV partilhava este ponto de vista que os ARVs podiam ser usados na prevenção da infecção pelo HIV e do SIDA. Existiam Lacunas Glaring no conhecimento sobre os ARVs, especialmente sobre quem é elegível para tomar os medicamentos e as circunstâncias que assegurassem um abandono completo do uso dos medicamentos. Comparativamente, os beneficiários de ARV em Moçambique tinham menos conhecimentos que os da Tanzânia. A diferença nos conhecimentos foi também evidente na percepção dos motivos para tomar os ARVs onde mais de um terço da amostra na Tanzânia, e um quarto em Moçambique, acreditavam que tomando os ARVs iria prevenir o HIV e SIDA. As diferenças de conhecimentos sobre os ARV não estavam apenas limitadas aos membros normais da comunidade mas também ao nível dos trabalhadores da saúde.

As constatações do estudo variavam em termos de grau de popularidade das diferentes fontes de informação sobre os serviços e tratamento ARVs. Por exemplo, na Tanzânia e Burkina Faso, os conselheiros/provedores de saúde no posto de fornecimento de tratamento ARV foram reportados como a principal fonte de informação sobre os ARVs, enquanto em Moçambique, eles estavam dentre as fontes menos citadas. Ao invés das fontes de informação geralmente citadas sobre o tratamento ARV foi citada a rádio. Em todas as zonas de estudo, o tipo de informação recebida geralmente citada dos diversos meios de comunicação foi sobre “o acesso aos centros de tratamento ARV”. Os aspectos principais do tratamento ARV não estavam sendo disseminados fora dos centros de provisão dos ARVs em todos os países de estudo.

A Disponibilidade, Acessibilidade e Uso dos ARV

Embora a disponibilidade dos ARVs demonstrou sinais de aumento, o mesmo era ainda inadequado nos três países especialmente para aqueles que residiam nas zonas rurais. A acessibilidade aos ARVs não foi portanto universal para todos os que deles precisavam nos três países. As diversas barreiras em relação ao acesso e uso dos ARVs incluindo os baseados na unidade sanitária, política, sensibilização e relacionadas com o transporte bem como os níveis nutricionais apontados foram citados em quase todos os três países. Em Moçambique e Tanzânia, os ARVs são fornecidos gratuitamente e portanto sem custos directos não sendo estes incorridos pelos beneficiários. Porém, em Burkina Faso, o governo não proporciona um acesso universal ao tratamento embora algumas pessoas sejam capazes de aceder aos medicamentos gratuitamente através de organizações tais como SOS-SIDA, pelo que outras pessoas têm que pagar.

Na unidade sanitária, a barreira geralmente citada em relação ao acesso e benefício do serviço de tratamento ARV foi a inadequação do pessoal nos centros de provisão de tratamento. Todos os países visitados reconheceram ter desafios relacionados com trabalhadores de saúde qualificados para fornecer cuidados especializados do SIDA. A outra barreira relacionada com a unidade sanitária foi a inadequação das instalações e outras condições.

As políticas existentes constituem também potenciais barreiras ao acesso ao tratamento ARV. Aparentemente, algumas directrizes, inadvertidamente, limitam o acesso aos serviços. Além disso, os beneficiários de ARVs, os não beneficiários e os potenciais beneficiários queriam igualmente ter garantias de que os ARVs estariam sempre disponíveis e que o programa gratuito de ARVs era sustentável. A falta de uma informação clara em relação à capacidade e prontidão dos governos de sustentar a provisão de ARVs gratuito foi reportada como estando a causar preocupação e desconforto, levando a não utilização de ARVs.

A fraca sensibilização devido à ausência de informação adequada e apropriada em relação aos ARVs foram citadas amplamente como uma barreira principal em relação ao uso dos serviços de tratamento ARV. Casos de PVHS recusando-se a registar nos serviços de tratamento ARV devido ao receio dos efeitos secundários foram subvalorizados nesses estudos. Em geral, as barreiras relacionadas com o transporte devido aos custos envolvidos foram os obstáculos mais frequentemente citados em Burkina Faso.

Impacto do uso dos ARV e as Barreiras à Acessibilidade

Em geral, o impacto positivo e negativo do uso dos ARVs em relação aos beneficiários individuais ainda estava para ser enfrentado uma vez que o uso de ARVs era relativamente recente nos locais de estudo. No entanto, o benefício reconhecido individualmente da melhoria da saúde foi citado por quase todos os beneficiários nos três países, partindo de uma esperança revitalizada de viver; sendo capaz de voltar às actividades laborais e comerciais, planeamento para as suas famílias e contribuindo para ampliar a luta em relação ao HIV e SIDA.

Na maioria dos casos, o uso de ARVs não tinha resultado em efeitos adversos nas relações familiares. Casos de membros da família demonstrando uma atitude positiva e de maior caridade foram reportados nos três países, embora também tenham sido reportados casos isolados entre casais e membros da família alargada que desenvolveram atitudes hostis.

Em relação ao impacto da provisão de ARVs sobre os outros serviços de saúde, o principal problema tanto nas unidades sanitárias do sector público como no privado são os enormes custos correntes associados essenciais para um programa sustentável. Sem dúvida, os sucessos no tratamento das PVHS aumenta a demanda em relação ao sistema de saúde. Isto acontece tanto em termos de pessoal como de infra-estruturas. O que é muito importante observar nos três países foi a garantia e compromisso expresso por parte dos governos para abordar os constrangimentos no programa de ARV.

Políticas Nacionais e Internacionais

A Tanzânia e Moçambique têm Quadros Estratégicos Nacionais do HIV e SIDA abrangentes –i.e., Tanzânia possui um Plano Nacional de Tratamento e Cuidados do HIV e SIDA que especificamente orienta a implementação e gestão do programa de ARV no país e à sua semelhança Moçambique possui um “ Plano Estratégico Nacional do Sector de Saúde de Combate às ITS/HIV/SIDA”. Ambos os países desenvolveram directrizes de políticas e quadros sobre tratamento e cuidados para promover a provisão de ARVs. O que é comum é que as directrizes políticas sobre tratamento e cuidados não são explicadas de forma suficientemente detalhada. As outras questões tais como os mecanismos de monitoria e seguimento das pessoas sob tratamento ARV, os planos de expansão para abordar os problemas de equidade, mecanismos auto-integrados de sustentabilidade para a disponibilidade de ARVs e a acessibilidade, planos de incentivos para a produção de ARVs etc., também não estão bem articuladas pelos propósitos e objectivos da política nos países estudados. Tanto na Tanzânia como em Moçambique, não havia evidência aduzida pelos estudos de que as políticas estabelecidas sejam disseminadas para aqueles a quem foi mandatado implementá-las.

Como em todos os países em desenvolvimento, as mudanças nas políticas globais relacionadas com os ARVs tais como as políticas sobre os direitos de patentes afectaram a Tanzânia, Moçambique e Burkina tais como os Aspectos de Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comércio (TRIPS) da Organização Mundial do Comércio que foram introduzidos em 1995. Com o cumprimento por parte da Índia em relação ao Acordo de TRIPS em vigor desde Março de 2006, os programas de expansão dos ARV têm estado

sob ameaça nos países com menos recursos.

Recomendações para a Acção Nacional

Uma série de recomendações para a acção nacional foram feitas. Estas incluem o seguinte:

- Esforços de redução da pobreza visando as PVHS sob tratamento ARV,
- Abordagem sobre os problemas de equidade entre as zonas urbanas e as rurais em relação ao acesso aos ARVs bem como à informação sobre o assunto,
- Evolução de uma estratégia multifacetada de IEC para disseminação de informação factual sobre o tratamento ARV,
- Uma crescente campanha visando o estigma e discriminação,
- Expansão de serviços de ATV eficazes e baseados na ética,
- Provisão de apoio alimentar e nutricional para as PVHS mais vulneráveis sob tratamento ARV,
- Inclusão e aumento da proporção de homens beneficiando dos ARVs, e
- Melhoria do sistema geral de cuidados de saúde e os recursos humanos.

Recomendações mais abrangentes ao nível regional e Pan-Africano

As recomendações mais abrangentes ao nível regional e Pan-Africano pressupõem o envolvimento dos Governos Africanos num esforço concertado juntamente com as organizações da sociedade civil para se envolverem nas políticas e debates globais. Parte destes envolve uma advocacia e lobby intenso em torno das seguintes áreas:

- Financiamento para os serviços de saúde e mobilização de recursos,
- Operacionalização e harmonização das políticas nacionais e regionais,
- Expedição da legislação das flexibilidades do TRIPS e um envolvimento fortalecido nas políticas globais.

1.0 INTRODUÇÃO

1.1 Introdução

Em 2006, a Agência de Cooperação e Pesquisa para o Desenvolvimento (ACORD) através do Programa de Advocacia e Apoio ao HIV e SIDA (HASAP), realizou um estudo sobre os medicamentos Anti-retrovirais (ARVs) em BurkinaFaso, Tanzânia e Moçambique. Os estudos focalizaram na acessibilidade comunitária aos ARVs, sensibilização e conhecimentos sobre os ARVs e também avaliaram o ambiente político no qual o Programa de ARV estava sendo implementado. Como parte da disseminação das constatações que resultaram dos três estudos, o HASAP decidiu comprimir os relatórios nesta única versão popular i.e., o Relatório Compêndio (RC). Os objectivos imediatos deste RC foram quatro, designadamente:

- Situar o RC em antecedentes e contexto claro,
- Fornecer um sumário analítico dos três relatórios,
- Identificar as diversas semelhanças e ou diferenças nas constatações dos três países, e
- Compilar as recomendações para os políticos e os implementadores ao nível nacional e internacional.

1.2 Contexto dos três estudos de ARV

Passam mais de duas décadas e meia desde que o HIV e SIDA surgiu na cena mundial como uma das mais devastadoras calamidades humana do século 20. Com as mortes do HIV e SIDA ceifando milhares de vidas, os governos no mundo inteiro concederam recursos para combater a sua disseminação nas suas intervenções de prevenção nas populações em geral. A medida que as intervenções de prevenção se enraizavam em diversos países, a necessidade de cuidados e tratamento das pessoas vivendo com o HIV e SIDA (PVHS) surgiu, colocando um grande desafio para os países fracamente providos de recursos tais como a Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso onde a ACORD tem programas.

Assim, nos últimos dois anos, a questão de expansão do acesso aos ARVs dominou crescentemente a agenda política ao nível nacional e internacional com as sociedades civis mais do que nunca aumentando os seus esforços de advocacia relacionado com acessibilidade universal e acrescida dos ARVs.

A advocacia para o acesso acrescido de ARVs na Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso foi em larga medida precipitada pela iniciativa '3 by 5' da OMS que visou atingir 3 milhões de pessoas que precisavam de tratamento ARV até 2005, bem como outras grandes iniciativas, tais como Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Auxílio ao SIDA (PEPFAR), as diversas iniciativas do Banco Mundial, tais como o Programa Regional de Aceleração do Tratamento e outras iniciativas apoiadas pelas Nações Unidas. Resultante dos compromissos das Nações Unidas, a maioria dos países na região da África Sub-Sahariana esteve sob pressão para estabelecer e cumprir as metas em relação ao acesso aos ARVs até ao ano 2005, cujas metas pareciam ter sido largamente irrealistas. Por exemplo, a meta para alguns dos países onde a ACORD opera tais como Burkina Faso na África Ocidental é de 20,000, mas apenas 2,000 pessoas estão de facto a receber tratamento. No caso da Tanzânia na África Oriental, a meta é de 200,000, mas actualmente apenas 19,000 foram alcançados. A situação não é tão diferente em Moçambique, foi estimado que 210,000 HIV+ pessoas precisam de TARV deviam ter acesso aos ARVs até Outubro de 2005 mas apenas 25,465 estavam sob tratamento ARV (IRIN, Janeiro 2006). É parcialmente neste ponto de vista desta situação que os actores na área do HIV e SIDA como a ACORD estão cada vez mais interessados na questão da acessibilidade e provisão de ARVs.

O interesse da ACORD na questão de acesso aos ARVs se relaciona directamente a um dos três objectivos da sua missão no HIV e SIDA, designadamente de "promover o acesso

igualitário à informação, serviços, tratamento desafiando todas as formas de discriminação e exclusão social”. Guiada por esta missão, a ACORD encomendou os estudos, que abarcaram, entre outros, comunidades remotas e marginalizadas nos três países.

1.3 O Problema de Estudo e Justificação

Aprovisão de ARV é uma iniciativa relativamente recente nos países em desenvolvimento tais como a Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso. Devido aos recursos limitados, os esforços actuais de fornecer ARVs para os nacionais foram caracterizados por muitas desigualdades – alcançando largamente as elites, as categorias abastadas na população em geral e poucas pessoas nas zonas urbanas. Assim, a acessibilidade universal aos ARVs em países pobres ainda está para ser alcançada. Tudo isto está a acontecer entre uma falta de experiências empiricamente documentadas em relação à acessibilidade dos ARVs e as implicações que isso tem sobre os indivíduos, agregados familiares e as comunidades. Tem havido pesquisa limitada em relação às consequências e dimensões da implementação do programa de ARV ao nível da comunidade e portanto as razões e justificações que compelem a ACORD a realizar tais estudos.

1.4 Objectivos dos Três Estudos

O objectivo geral dos três estudos foi de servir como um instrumento de advocacia para a ACORD e outros actores envolvidos na advocacia para uma acessibilidade igualitária acrescida em relação ao tratamento e cuidados do SIDA nos países Africanos. Os objectivos específicos incluíram:

1. Descobrir os conhecimentos e compreensão das pessoas do tratamento ARV bem como as fontes de informação para o tratamento ARV;
2. Avaliar a acessibilidade e uso dos ARVs pela população em comunidades seleccionadas nos três países;
3. Descobrir o impacto do uso dos ARVs, entre outros, nas relações de género e os níveis de rendimento nos agregados familiares;
4. Investigar as barreiras em relação ao acesso e aderência aos ARVs tais como o estigma, distância em relação aos

serviços, atitude dos provedores de serviços, informação inadequada sobre o uso correcto, custo dos ARVs e /ou serviços relacionados;

5. Analisar as potenciais ameaças em relação ao tratamento ARV incluindo ameaças colocadas pela segurança alimentar e nutrição;
6. Analisar o impacto em relação aos serviços de saúde, em particular os serviços de cuidados primários de saúde como um resultado da introdução dos ARVs;
7. Analisar o grau de relevância das políticas e quadros nacionais e internacionais se facilitam e/ou limitam o acesso ao tratamento ARV;
8. Procurar os pontos de vista dos provedores de serviços em relação à qualidade e cobertura do programa de ARV com o propósito de identificar as forças e fraquezas
9. Fazer recomendações visando abordar as lacunas identificadas na provisão de serviços relacionados com os ARV, incluindo o acesso e uso.

1.5 Escopo dos Estudos

Ao contrário do Burkina Faso, os estudos na Tanzânia e em Moçambique colocaram ênfase específica na “sensibilização e conhecimentos comunitários relacionados com os ARVs bem como o ambiente político em que aos ARVs são distribuídos. Em Burkina, o foco foi sobre o acesso e os benefícios do tratamento ARV.

1.6 Metodologia e Abordagem

Foi empregue uma combinação de metodologias qualitativas e quantitativas na realização de tais estudos. Métodos quantitativos ajudaram a investigar a sensibilização e conhecimentos individuais, acessibilidade e uso dos serviços, barreiras encontradas pelas pessoas que recebem ARVs, e impacto sobre as relações dos agregados. Por outro lado, os dados qualitativos complementaram os dados quantitativos, e ajudaram em grande medida na exploração do contexto em que o tratamento ARV é acedido em maior detalhe. No entanto, o escopo do estudo para o Burkina Faso foi limitado a avaliar a qualidade e cobertura do programa de ARV.

1.6.1 Área de estudo

A área de estudo nos três países foi deliberadamente seleccionadas com base na presença de operações e intervenções da ACORD, a existência de associações organizadas de pessoas vivendo com HIV e SIDA (PVHS) e a presença de locais dos ARVs funcionais. A escolha dos locais de estudo foi também reconhecendo a divisão entre o rural e urbano. Por exemplo na Tanzânia, o estudo foi realizado na zona de Mwanza tanto com características urbanas e rurais e no Distrito de Sengerema, que é basicamente rural. Em Moçambique, a Cidade e Província de Maputo representaram contextos tipicamente urbanos enquanto os distritos de Panda e Maxixe na Província de Inhambane representaram as zonas rurais. Em Burkina Faso, Fasso Po e Ouagadougou representaram zonas de estudo rurais e urbanas respectivamente. A cobertura das zonas rurais e urbanas permitiu que os estudos identificassem as diferenças no nível, qualidade e acessibilidade dos serviços de ARV em diferentes zonas geo-económicas. As capitais nacionais nos três países foram incluídas nos estudos para captar os pontos de vista dos formuladores de políticas e planificadores tecnocratas nacionais e outras partes interessadas.

1.6.2 Participantes/amostra do estudo

Nos três países, as pessoas que recebem ARV constituíram os participantes primários do estudo. O procedimento de selecção variou. Por exemplo, enquanto na Tanzânia as pessoas que recebem os ARV foram encontradas principalmente durante os dias de clínica onde um total de 103 pessoas receptoras foram sujeitas a entrevistas à saída, em Moçambique técnicas de amostragem em bola de neve foram usadas para seguir 58 pessoas receptoras de ARV nas suas comunidades. Em Burkina Faso, um total de 176 PVHS afiliadas às organizações proeminentes de cuidados do SIDA em duas zonas de estudo e 66 provedores de serviços foram aleatoriamente seleccionados.

Outros participantes do estudo incluíram os não-utilizadores de ARVs (PVHS elegíveis não sob os ARVs por sua própria escolha), membros da comunidade em geral, e membros dos agregados beneficiantes de ARV, trabalhadores da saúde e funcionários distritais. Os tecnocratas dos Ministérios da saúde e do Programa Nacional

de Controlo do SIDA (PNCS), OMS, UNAIDS, e as associações de PVHS foram também abordadas.

1.6.3 Métodos de colecta de dados

Dados quantitativos foram colectados através de entrevistas pessoais usando um questionário estruturado que foi administrado para as pessoas recebendo os ARV e outros membros da comunidade. O instrumento foi administrado por pessoal treinado em inquéritos fluentes em línguas locais dos três países.



Entrevistadores em Moçambique passando por uma sessão de treinamento.

Os dados qualitativos foram colectados através da revisão da literatura de diversos documentos sobre o tratamento e cuidados do HIV e SIDA; as principais políticas e quadros de planificação. Os principais documentos incluíram a Política Nacional sobre o HIV e SIDA, o Quadro Estratégico Nacional de saúde para as ITS/HIV/SIDA (2004-2008) no caso de Moçambique e o Quadro Estratégico Nacional Multi-sectorial para o HIV/SIDA (2003-2007) para a Tanzânia, as Directrizes sobre Tratamento e Cuidados do Ministério da Saúde (2004), documentos da ONUSIDA e OMS.

Outras fontes de dados qualitativos foram informantes chave ao nível de distrito e nacional, trabalhadores de saúde nos locais de provisão de ARVs e líderes/representantes das associações de PVHS e organizações de serviço do SIDA especialmente aquelas que estavam sob tratamento ARV e líderes locais, observação directa e no caso de Burkina Faso, o uso de uma lista de verificação para avaliar as capacidades organizacionais dos provedores de serviços.

1.6.4 Gestão de dados

Todos os questionários devidamente preenchidos foram editados e inseridos no computador usando o Pacote Informático de Epidemiologia (EPI-INFO) e uma análise adicional foi realizada utilizando o Pacote Estatístico para os Cientistas Sociais (SPSS). A análise foi principalmente descritiva com algumas fabulações cruzadas, para estabelecer as relações de causa e efeito entre as variáveis significativas. Para os dados qualitativos, a abordagem temática e de conteúdo foi utilizada para análise. Os temas dominantes foram desenvolvidos com base nos objectivos de estudo sob os quais os dados foram analisados.

2.0 PERFIS DAS PESSOAS QUE RECEBEM OS ARVs

2.1 Introdução

Os perfis de pessoas que recebem os ARVs são muito importantes para avaliar em qualquer debate sobre políticas relacionadas com a acessibilidade e utilização dos ARVs. As características sócio-demográficas são particularmente importantes devido ao seu potencial de influenciar o grau em que os beneficiários acedem aos ARVs, utilizam-nos e aderem à sua utilização.

2.2 Perfis sócio-demográfico das pessoas que recebem os ARVs

As constatações dos três estudos revelaram que a maioria das pessoas que recebem os ARVs eram mulheres e basicamente residiam nas zonas urbanas. Assim, nos três países, houve grandes disparidades no acesso aos ARVs por localidade de residência habitual. Vide a Tabela 1 para mais detalhes.

A disparidade de género no acesso ao tratamento com os ARVs é parcialmente uma reflexão da abertura demonstrada por mulheres que estão vivendo com o HIV e SIDA comparados com os homens, e também uma demonstração de um melhor comportamento de procura de saúde pelas mulheres do que os homens. Em diversas discussões de grupo, as utentes cujos parceiros estavam também a usar os ARVs comentaram que elas iniciaram o uso de ARVs antes dos seus parceiros o fazerem.

Os resultados demonstram que mais que a maioria dos utilizadores de ARV na Tanzânia e Moçambique eram chefes de agregados familiares. Por implicação no contexto Africano, os chefes de agregados familiares são os seus ganha pão. Um rácio de elevada dependência ao nível do agregado (i.e. diversos membros do

Tabela 1: Perfis sócio – demográficos das pessoas que recebem os ARV

Características	Tanzânia	Moçambique	Burkina Faso
	% (N=103)	% (N=58)	% (N=176)
Localidade			
Rural	8.8	9.0	22.7
Urbano	91.2	91.0	77.3
Sexo			
Homem	31.1	28.0	30
Mulher	68.9	72.0	70
Estado Civil			
Solteiro(a)/Nunca casou	10.7	62.1	25
Casado(a)/coabitando	42.7	20.7	38
Viúvo/viúva	31.1	8.6	24
Divorciado(a)/Separado(a)	15.5	8.6	12
Nível educacional			
Nunca frequentou a escola	6.8	10.0	29
Nível primário	73.8	45.0	35
Nível secundário	17.5	35.0	28
Depois do secundário	2.0	3.0	3.4
Outros	0.0	7.0	0.0
Relação com o chefe do agregado familiar			
Ele próprio/ela própria como chefe	66.0	56.9	-
Filho	2.9	10.3	-
Filha	1.0	24.1	-
Tio	5.8	0.0	-
Tia	1.0	1.7	-
Avos	2.9	0.0	-
Outros (Especificar)	20.4	6.9	-

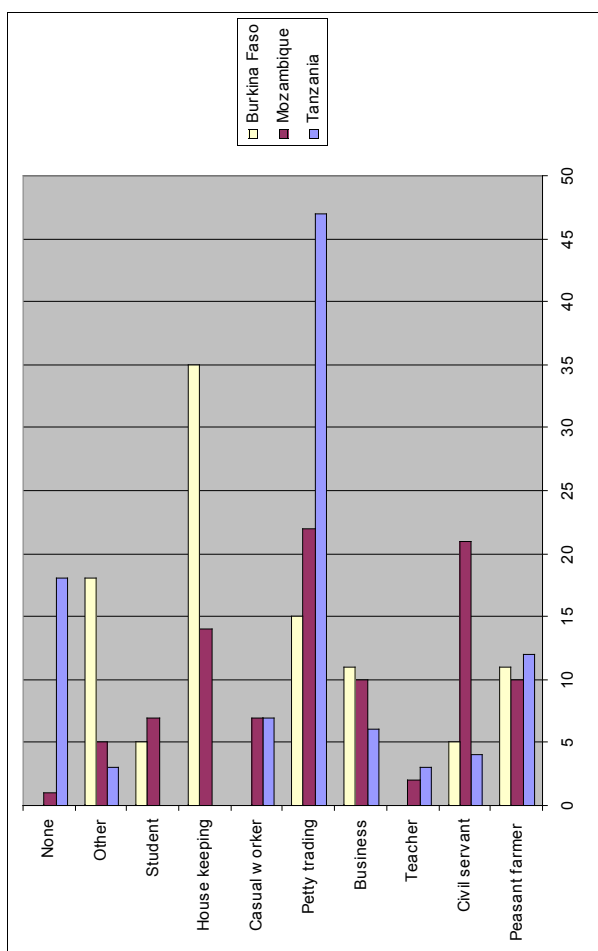
agregado dependendo do chefe do agregado), em casos onde a maioria dos ganha-pão estão vivendo com o HIV e SIDA, pode representar um futuro incerto para todo o agregado.

A maioria dos utilizadores de ARV tinha baixos níveis de educação formal i.e., tendo obtido apenas o ensino primário. Mais de metade das pessoas recebendo ARV nos três países tinha obtido o nível primário de escolaridade.

2.3 Perfis Económicos das Pessoas Recebendo ARV

A maioria dos beneficiários dos ARV nos três países era geralmente pobre segundo reflectido pela sua ocupação principal, o que ao mesmo tempo constituía a principal fonte de rendimento para muitos, a excepção dos estudantes e donas de casa. Por exemplo, na Tanzânia, a maioria vivia através do comércio miúdo (47%) enquanto em Burkina Faso, mais de um terço eram donas de casa. Nos três países, com a excepção de Moçambique, as oportunidades de encontrar trabalhadores do sector público e pessoas abastadas dentre os beneficiários dos ARV era

Figura 1: Distribuição dos beneficiários de ARV nos 3 países por ocupação



mínima. Vide a Figure 1.

As entrevistas com os informadores chave revelou que a maioria dos trabalhadores do sector público e pessoas abastadas preferem continuar no anonimato quando se refere ao acesso e uso dos ARVs. Foi constado que estes raramente revelam o seu estado em relação ao HIV por receio de serem estigmatizados e discriminados. A maioria de tais pessoas não tinha tido a coragem e a vontade de ir para o GATV.

Relacionado ainda com a ocupação dos beneficiários dos ARV eram de níveis de rendimento e chefes de agregados; os quais podiam potencialmente afectar a acessibilidade, uso e aderência aos ARV. Por exemplo, quase um quarto (18%) dos agregados que beneficiam dos ARV na Tanzânia tinham um rendimento mensal estimado em menos de US \$10 por mês e ligeiramente acima de um decimo (12%) ganhavam entre US \$ 25-40 por mês.

Uma análise adicional dos perfis económicos dos beneficiários de ARV revela que a maioria dos agregados estava a viver acima da faixa dos seus rendimentos - despesas mensais estimadas dos agregados de longe excediam o rendimento ganho por mês. A despesa acima e a mais em tais agregados foi reportada como sendo tornado possível por algumas provisões de rendimento por parte de parentes e ou de amigos, empréstimos, venda de alguns utensílios do agregado; dos quais não são sustentáveis e podem facilmente colocar um agregado num ciclo vicioso de pobreza especialmente numa situação onde o membro da família beneficiando de ARVs é ao mesmo tempo o chefe do agregado e o seu ganha-pão.

Na maioria dos casos (especificamente para a Tanzânia e Moçambique), os beneficiários de ARV eram chefes dos seus agregados e os ganha-pão dos mesmos. Esta situação podia ser exacerbada pelo facto de que a maior proporção dos utilizadores de ARV tinha os seus filhos crescidos – daí o fardo dos cuidados.

As constatações acima nos três países desvalorizam o desafio que os beneficiários de ARV têm para fazer face às condições de vida. possível deduzir que seria improvável que tais pessoas pobres iniciassem a terapia Anti-retroviral (TARV) se fossem eles a pagar pelos medicamentos.

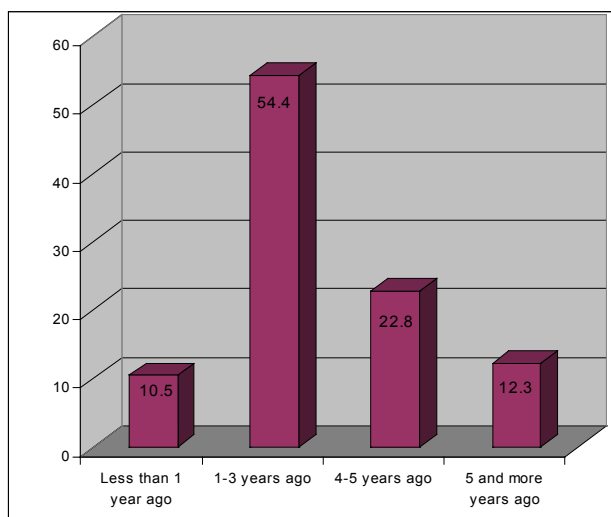
3.0 SENSIBILIZAÇÃO E CONHECIMENTOS EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO ARV

3.1 Introdução

O nível de sensibilização e conhecimentos que um indivíduo tem sobre um aspecto específico determina como ele/ela se relaciona com esse aspecto. Neste caso, o conhecimento do que constitui os ARVs, sua utilidade e os problemas associados com a tomada deles eram questões vistas como pertinentes em relação ao uso dos ARVs. Esta secção, portanto, apresenta uma síntese dos resultados do estudo sobre os níveis de sensibilização e conhecimentos em relação aos ARVs incluindo tais intricâncias como a compreensão do tratamento ARV, as fontes e meios de informação em relação aos ARVs.

3.2 Conhecimento e Compreensão do tratamento ARV

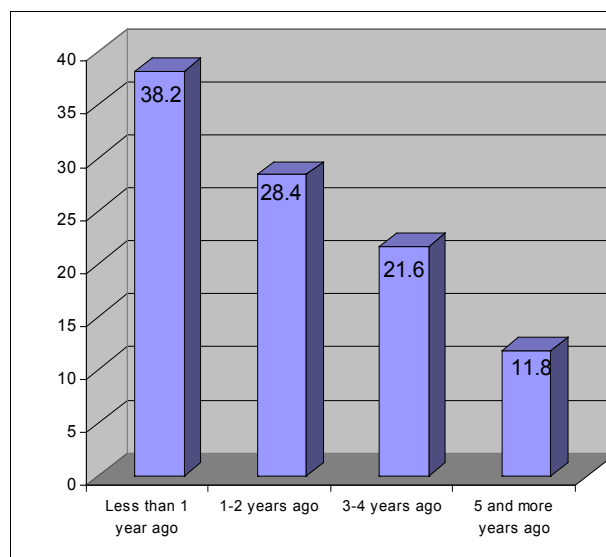
Figure 2: A primeira vez que pessoas beneficiando de ARV ouviram falar do tratamento em Moçambique



Os resultados do estudo revelaram que o conhecimento acerca dos ARVs era muito recém-adquirido nos três países. A maioria dos participantes no estudo nos diversos países tinha ouvido falar, pela primeira vez, sobre o tratamento ARV num período de entre menos de um ano e de três anos anteriores aos estudos. As variações pelos diferentes países em estudo existiam mas não eram muito significantes. Por exemplo, na Tanzânia a maior proporção (38.2%) comparada com 10.5% em Moçambique

e 34% em Burkina Faso reportaram que eles ouviram sobre o tratamento ARV há menos de um ano. Além disso, apenas cerca de um decimo (11.8% e 12.3%) na Tanzânia e Moçambique respectivamente reportaram a primeira vez que ouviram falar sobre o tratamento ARV como sendo tendo sido há mais de 5 anos, enquanto 15% em Burkina Faso tinham ouvido falar do do tratamento ARV há 4 anos. Vide as Figures 2 e 3.

Figure 3: A primeira vez que pessoas beneficiando de ARV ouviram falar do tratamento na Tanzânia



Os resultados ademais confirmam que o conhecimento dos ARVs especialmente nos países em desenvolvimento; uma categoria, em que os três países, Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso se enquadram, seja relativamente recente.

3.3 Conhecimento em relação à Elegibilidade ao Tratamento ARV

Diversos indicadores de aproximação sobre os níveis de conhecimento sobre a TARV e os ARVs, em geral, foram testados nos países de

estudo. Em geral, o conhecimento das pessoas em relação a elegibilidade ao uso dos ARVs incluindo aqueles actualmente sob a TARV era limitado. Os resultados do estudo revelaram variações insignificantes pelos três países. Por exemplo, mais de dois terços (67.9%) e quase todos (89.5%) dos beneficiários de ARV tanto na Tanzânia como em Moçambique respectivamente acreditavam que todas as PVHS deviam estar sob o tratamento ARV. Isto implica que apenas um terço dos beneficiários dos ARVs na Tanzânia e cerca de um décimo dos beneficiários em Moçambique tinham o conhecimento correcto relativo a quem devia estar sob os ARVs, i.e. apenas as PVHS que sejam recomendadas e aconselhadas por um médico deviam iniciar ou tomar os ARVs i.e. (depois de fazer um teste de CD 4 bem como submeter-se a um diagnóstico clínico especializado).

As constatações do conhecimento em relação à elegibilidade ao uso dos ARVs ademais revelou que uma proporção significativa dos beneficiários dos ARV partilhava o ponto de vista de que os ARVs podiam ser usados na prevenção da infecção pelo HIV e o SIDA. Vide a Tabela 2.

□ também importante observar que a informação factual sobre os ARVs e a sua utilidade constitui uma parte do conteúdo do aconselhamento. As lacunas visíveis no conhecimento sobre os ARVs, especialmente sobre quem é elegível para tomar os medicamentos e as circunstâncias assegurando um abandono por completo do uso dos medicamentos, existem em todas as comunidades visitadas. Comparativamente, os beneficiários de ARV em Moçambique tinham menos conhecimentos comparados com os da Tanzânia; níveis elevados de educação sobre

Table 2: Conhecimento sobre quem é elegível para usar os ARVs

Aspecto do Conhecimento	Tanzânia	Moçambique
	% (N=103)	% (N=204)
Categoria das pessoas vistas como (quem deve) estar sob tratamento ARV **		
Todas as PVHS	67.9	89.5
Apenas as PVHS que foram recomendadas por um médico formado	32.1	49.1
Outras categorias	0.0	1.8
Motivo visto para a proceussão do tratamento ARV ***		
Para prevenir o HIV e SIDA	35.3	22.8
Tratar o SIDA	1	64.9
Tratar as infecções oportunistas relacionadas com o HIV e SIDA	31.4	22.6
Fortalecer o sistema imunitário	37.3	24.6
Tratar uma dor	19.6	12.3
Duração vista para uma pessoa estar sob tratamento ARV		
Durante a vida	97.1	60.7
Sempre excepto quando um médico formado recomenda o contrario	1	35.7
Não sei	2	3.6
Quando interromper o tratamento ARV		
Em nenhuma circunstância	70.6	50.9
Com base na recomendação de um médico	-	52.6
Quando ele/ela melhora	1	0
Se existem efeitos secundários	14.7	1.8
Se for ridicularizado pelos membros da família/comunidade	1	3.5
Não sei	5.9	5.3
Problemas associados com a não proceussão da medicação segundo prescrita pelo médico***		
Nenhum	11.7	26.3
Desenvolvimento de resistência	50.5	24.6
Ressurgimento de dores	4.9	5.3
Desenvolvimento de efeitos secundários	11.7	3.5
Desenvolvimento do SIDA na integra	29.1	15.8
Outros	1.9	26.3

*** Foram autorizadas Respostas Múltiplas

o tratamento eram mais evidentes entre os utilizadores em Moçambique.

As lacunas nos conhecimentos eram também evidente nos motivos vistos para a tomada dos ARVs onde mais de um terço da amostra na Tanzânia e um quarto em Moçambique acreditavam que tomar os ARVs evitariam o HIV e SIDA. Isto pode particularmente minar a eficácia das campanhas de prevenção do HIV e SIDA especialmente a “Abstinência, Fidelidade e o uso do Preservativo” campanha (ABC). Uma vez que as pessoas podem começar a tolerar comportamentos sexuais e práticas que podem potencialmente expló-las aos riscos de infecção pelo HIV na esperança que os ARVs não serão uma solução. Todas estas lacunas em conhecimentos precisam de ser abordadas. As pessoas precisam de informação sobre os serviços de ARV incluindo a informação sobre o teste de HIV.

Disseminação do conhecimento correcto em relação aos ARVs tanto nas zonas rurais como nas urbanas é muito importante na promoção do uso de ARV... a comunidade tem de ser preparada e informada que o tratamento está disponível. Precisamos de começar com a mobilização comunitária e a sensibilização acerca dos ARVs antes de pensarmos na expansão.

— Informante Chave, Ministério da Saúde
— Moçambique

As lacunas em relação ao conhecimento dos ARVs não se mostram limitadas apenas nos membros da comunidade em geral, mas também nos trabalhadores da saúde. Embora os estudos feitos não abarquem os trabalhadores de saúde em termos de avaliação do seu conhecimento

Tabela 3: Fontes de Informação sobre o Tratamento ARV

Fonte de aprendizagem sobre os ARVs ***	Tanzânia	Moçambique
	% (N=103)	% (N=204)
Fontes de informação sobre tratamento ARV		
Mensagens na rádio	36.0	65.9
Mensagens na televisão	14.0	7.1
Painéis Publicitários	1.0	1.2
Cartazes/brochuras/fliers	5.0	0.6
Jornais	6.0	0.6
Exibições teatrais	1.0	2.4
Amigos/Familiares	17.0	4.7
Conselheiro/provedor de saúde	58.0	11.2
Líderes locais/reunião da aldeia	7.0	0.6
Pessoal de ONG	9.0	0.6
Tipo de informação sobre o tratamento ARV actualmente recebido		
Acesso aos centros de tratamento ARV	46.5	61.2
Serviços fornecidos nos Centros de Tratamento ARV	6.9	31.9
Uso correcto dos ARVs/aderência aos ARVs	33.7	44.0
Efeitos secundários do uso de ARV	4.0	15.5
Vantagens do uso de ARVs	35.6	38.8
Nenhum	6.9	0.9
O local de tratamento ARV tem informação sobre o tratamento ARV		
Sim	93.2	62.4
Não	3.9	12.1
Não sei	2.9	25.4
Meios de fornecimento de informação sobre ARV		
Panfletos	3.1	33.3
Brochuras	2.1	32.4
Cartazes	6.3	11.1
Livrinhos	1	12.0
Sessões orais	91.7	64.8

***Foram permitidas respostas múltiplas

dos ARVs, outros estudos que antecederam a este por exemplo, em Moçambique concluíram que o nível de conhecimento em relação ao SIDA era muito baixo em todas as categorias de trabalhadores de saúde conforme demonstrado por um grande número de trabalhadores de saúde que nem eram capazes de fornecer uma boa informação aos pacientes e ao público em geral, nem eram capazes de tratar das infecções oportunistas (IOs) devidamente (Conjumba, 2003). Isto então significa que as campanhas de conhecimentos sobre os ARV precisam de ser completamente abrangentes cobrindo os trabalhadores de saúde bem como especialmente os quadros subalternos.

A discriminação dos dados em relação ao conhecimento dos ARV por sexo dos entrevistados geralmente revela pouca diferença entre beneficiários e beneficiárias dos ARVs. Apenas em Moçambique foram observadas diferenças ligeiras; constatou-se que os entrevistados tinham uma ligeira idade em relação à contraparte feminina. Muito mais entrevistadas (88.8%) eram de opinião que toda a pessoa vivendo com HIV e SIDA devia estar sob medicação ARV conforme comparado com 78.1% dos entrevistados. Mas em geral, as beneficiárias de ARV pareciam estar mais expostas à sensibilização e ao aconselhamento em relação aos cuidados do SIDA.

3.4 Fontes de Informação em relação ao Tratamento ARV

Os resultados revelaram diversos graus de popularidade das diferentes fontes de informação em relação aos serviços e tratamento ARV. Por exemplo, enquanto na Tanzânia e Burkina Faso, os conselheiros/provedores de saúde nos locais de distribuição dos ARV foram reportados como sendo a principal fonte de informação sobre os ARVs, em Moçambique eles estavam entre as fontes menos citadas. Ao invés das fontes de informação geralmente citadas em relação ao tratamento ARV foi referida a rádio. Vide a Tabela 3.

3.4.1 Fontes de Informação Mais Popular/ Comuns sobre os ARVs

Na Tanzânia, os resultados revelaram que os meios mais populares de fornecimento de informação sobre o tratamento ARV eram as sessões orais

realizadas pelos conselheiros/trabalhadores de saúde nos centros. A situação em Moçambique era ligeiramente diferente, enquanto as sessões orais caracterizaram mais como meios populares de fornecimento de informação sobre ARV, houve outros meios que foram destacados tais como brochuras e panfletos. O que tudo isso implica é que na Tanzânia, fora dos locais de distribuição dos ARV, muita informação não é disseminada para a comunidade. Além disso, tal implica que a informação sobre os ARVs não é disseminada com o propósito de informar as pessoas e de aumentar a sua sensibilidade acerca dos ARVs, mas para preparar os futuros beneficiários para iniciarem e aderirem ao uso dos ARV. Em Burkina Faso, alguns entrevistados observaram que eles tinham ouvido falar dos ARVs quando viajaram para os países vizinhos, tais como a Costa do Marfim.

3.4.2 Tipos de informação recebidos acerca dos ARVs

Em relação ao tipo de informação que estava sendo recebida pela população das diversas fontes de informação, os resultados demonstraram nenhuma diferença pelos diferentes países. Em todas as áreas de estudo, o tipo de informação geralmente recebida citada nas diversas formas de comunicação era sobre o “acesso aos centros de tratamento ARV”, i.e. onde os locais dos ARV estavam localizados. A informação em relação ao uso correcto ou aderência aos ARVs, embora não tão significativa, era recebida notavelmente. Como pode ser visto na Tabela 4 acima, os principais aspectos dos tratamentos ARV não estavam sendo disseminados fora dos locais de distribuição de ARV em todos os países de estudo – Tanzânia e Moçambique. Tem de ser destacado que para as pessoas serem motivadas a procurar o tratamento ARV, elas precisam de ser fornecidas informação sobre vários aspectos incluindo as vantagens do uso dos ARVs, possíveis efeitos secundários, tipos de serviços que são fornecidos nos centros de tratamento ARV e sobre o significado da aderência uma vez que a pessoa já tenha iniciado a tomada de ARVs em relação à recomendação de um médico

qualificado. Tudo isso representa o conhecimento das lacunas nos conhecimentos que tem de ser suprimidas.

3.4.3 Disparidades no acesso a Informação

A discriminação de dados por género, idade e níveis de educação revelaram nenhuma variação nas fontes de informação e no acesso à informação em relação aos ARVs. No entanto, diferenças significantes existiam entre os beneficiários dos ARV nas zonas urbanas e aqueles que estão nos contextos tipicamente rurais em todos os três países.

3.4.4 Recomendações

Para a comunidade em geral, muito mais informação é necessária, especialmente em relação ao teste de HIV, antes que uma pessoa possa começar a pensar nos ARVs. A disponibilidade dos ARVs potencialmente funciona como um factor de motivação para as pessoas procurarem os serviços de testagem. Isso significa que a medida que a educação sobre os ARV é promovida, os governos e os outros parceiros nos três países onde os estudos foram realizados têm de garantir um fornecimento equitativo das unidades de testagem do HIV. Uma vez feito isso, então a população precisa de ser sensibilizada e fornecida informação sobre a disponibilidade dos serviços de aconselhamento e testagem do HIV.

Em relação às disparidades no acesso à informação sobre os ARVs, pode ser observado que o aumento da consciencialização e a sensibilização em relação aos ARVs deve alargar-se por forma a incluir todos os sectores da sociedade; os ricos e os pobres, os beneficiários e os não beneficiários dos ARVs, PVHS e aqueles que são HIV negativos, i.e., alcançando a todos. Esta estratégia procura suscitar o apoio social para as PVHS a usar os ARVs, mas também vai de mãos dadas com as estratégias para a eliminação do estigma e discriminação, que também mina o uso e aderência aos ARVs. Os métodos que reforçam largamente os meios de fornecimento de informação interpessoais, talhados a medida do cliente e individualizado precisam de ser promovidos.

4.0 DISPONIBILIDADE, ACESSIBILIDADE E USO DOS ARVs

4.1 Introdução

A disponibilidade dos ARVs denota a situação da capacidade dos utentes de obter os medicamentos (ARVs) a qualquer altura que os precisam. Por outro lado, a acessibilidade também implica os utentes serem capazes de alcançar com uma relativa facilidade os locais de distribuição dos ARV e, obter os serviços e tratamento ARV. Esta Secção focaliza em tais aspectos da provisão dos ARV.

4.2 Disponibilidade dos ARVs

A disponibilidade dos ARVs, embora a melhorar, continua ainda inadequada nos três países do estudo.

4.2.1 Disponibilidade dos locais de distribuição/fornecimento dos ARV

Em Moçambique, a literatura demonstra que apenas 34 unidades sanitárias em todo o país estavam a fornecer a Terapia Anti-retroviral Altamente Activa (HAART) até os finais de 2005. A situação é tanto a mesma em Burkina Faso. Dos três países, apenas a Tanzânia com um número considerável dos locais de tratamento ARV i.e. 204 locais. Em Burkina Faso, um tanto quanto diferente de Moçambique e Tanzânia, os provedores de serviços tinham uma opinião muito baixa da disponibilidade de ARVs com quase todos (98%) observando que ARVs não estavam amplamente disponível, e portanto não fácil em relação ao acesso – uma clara demonstração de problemas de equidade.

4.2.2 Disparidades na disponibilidade dos locais de distribuição/fornecimento dos ARVs

A questão da equidade na distribuição dos ARVs nos locais de provisão pelas comunidades em diferentes países figura de forma proeminente. Existe maior concentração dos locais de tratamento ARV nas zonas urbanas e pouco nas zonas rurais não é rebatível. Por exemplo, em Moçambique, a Cidade de Maputo tinha 10 locais de fornecimento de ARV até finais de 2003 comparado com 3 locais em Inhambane – uma

província tipicamente rural. A distribuição dos locais na Tanzânia não era de qualquer forma diferente dos outros; a Cidade de Mwanza tinha 2 locais de fornecimento de ARVs enquanto o distrito de Sengerema; uma zona rural tinha apenas um local. Em Burkina Faso a situação era semelhante a dos outros dois países como a citação seguinte ilustra.

Uma das fraquezas do actual programa é que os ARVs não estão disponíveis na maioria das unidades distritais....tenho de ir para a capital Ouagadougou todos os meses para obter os meus ARVs

- Um homem beneficiário de ARV de Nahouri, Burkina Faso

4.2.3 Distribuição dos locais de fornecimento

Como é mencionado na secção acima, esta distribuição equitativa das unidades sanitárias que fornecem os ARVs implicam que a maioria das pessoas sob os ARVs estão concentradas em contextos tipicamente urbanos ao contrario das zonas rurais onde mais de 80% da população residem na maioria dos países em desenvolvimento.

Existem cerca de 40,000 pessoas sob os ARVs em Moçambique, mas a maior parte destes estão em Maputo porque é lá onde a maioria dos centros de saúde estão concentrados e portanto os serviços estão disponíveis...

-Entrevistado chave, ONUSIDA - Moçambique

4.2.4 Iniciativas em curso para aumentar a disponibilidade de ARVs

Uma nota positiva no entanto, os Governos dos três países com o apoio dos doadores e outros parceiros estão a tomar iniciativas para assegurar que os ARVs gratuitos estejam sempre

disponíveis nos poucos locais em que foram credenciados. Por exemplo, o regime de ARV gratuito na Tanzânia iniciou em Mwanza em Outubro de 2004 e um ano mais tarde ele se expandiu para cobrir o Distrito de Sengerema e nenhum caso de falhanço para obter o reabastecimento foi reportado. Virtualmente todos os entrevistados (98%) revelaram que obtinham tratamento ARV sempre que visitassem as unidades de fornecimento de ARV. À semelhança, em Moçambique, quase todos os entrevistados que estavam a tomar os ARVs - 50 dos 58 observaram que eles sempre obtiveram os ARVs nas suas respectivas unidades sanitárias. No entanto, casos de abastecimento inconsistente de medicamentos foram mais comuns em Burkina Faso.

Os medicamentos não são sempre fornecidos a tempo e os beneficiários têm de esperar enquanto os medicamentos devem ser tomados diariamentepor exemplo, este mês apenas recebemos o suficiente para 80 pessoas, o que está a baixo do montante exigido

- Conselheiro de Kadiogo, Burkina Faso

4.2.5 A disponibilidade e provisão sustentável dos ARVs

Embora as questões da disponibilidade são geralmente cuidadas, a continuidade no acesso não tem sido garantida. A renovada garantia que os ARVs gratuitos estão aí para ficar está em falta daí a incerteza - mesmo os funcionários governamentais não estão certos do futuro. Por exemplo, um funcionário governamental no Distrito de Sengerema, Tanzânia na resposta à questão do futuro do programa de ARV tinha isto a dizer; “assumimos que o fornecimento de ARVs gratuitos continuará”. Mesmo a UNAIDS (Março de 2006) reconhece que a falta de financiamento seguro para a maioria dos programas nacionais de TARV para além de 2008 continua uma preocupação. Isto destaca uma necessidade para advocacia a urgir os governos africanos a considerar a orçamentação dos programas de ARV ao contrário de contar fortemente com o apoio dos doadores.

Se o programa chaga ao fim, o que me acontecerá, uma vez que eu não tenho um rendimento? Como pode a continuidade ser assegurada por forma a suster aqueles actualmente sob tratamentos?

- Uma mulher participante na discussão em grupo focal, Kadiogo, AJPO, Burkina Faso

A incerteza do fornecimento sustentável de ARVs era desencorajadora para os potenciais beneficiários particularmente na Tanzânia onde os não beneficiários observaram que eles estão em melhor posição de não iniciar com ARVs que iniciá-los e depois interromper por ausência, o que seria desastroso para as suas vidas.

4.3 Acesso aos ARVs

A partir de fontes secundárias, surgiu que a acessibilidade dos ARVs não era universal para todos que precisavam nos três países. Dos três países, a Tanzânia tinha alcançado uma considerável acessibilidade - até meados de Julho de 2006 havia 83,000 pessoas registadas com 42,000 sob os ARVs; embora encorajador, o dado estava ainda longe da meta nacional de atingir 100,000 pessoas com os ARVs até finais de Dezembro de 2006. A situação em Moçambique era muito pior; cerca de 260,000 Moçambicanos foram registados com estando a precisar dos ARVs, mas apenas cerca de 37,000 estavam a aceder aos ARVs até finais de Outubro de 2006 (MoH; NAC). À semelhança, em Burkina Faso das 45,000 PVHS estimadas de precisarem de tratamento ARV, apenas 5,200 estavam a aceder aos ARVs como em finais de 2005.

4.3.1 Acesso aos locais de distribuição/provisão de ARVs

Em relação à acessibilidade geográfica aos serviços de tratamento ARV, os resultados do estudo demonstraram baixos níveis de acesso, especialmente para as pessoas a residir em contextos tipicamente urbanos. Nos três países, a maioria das pessoas com acesso aos ARVs estavam nas zonas urbanas. Por exemplo, Panda em Moçambique tinha menos de um terço da amostra dos beneficiários de ARV. O transporte foi reportado como o principal factor que afectou a acessibilidade aos ARVs. As distâncias percorridas eram grandes; a distância média estimada das residências dos beneficiários de ARV para o local era de 9.8km e 10.5km na Tanzânia e Moçambique respectivamente. Citando os problemas chave relacionados com o acesso e a disponibilidade pelos provedores de serviços em Burkina Faso, a distância das estruturas de apoio e a falta de unidades de transporte para os serviços de acesso figuravam de forma proeminente. Vide a Tabela 4 para os dados processados da Tanzânia e Moçambique.

Tabela 4: Acesso geográfico aos ARVs

Acesso	Países	
	Tanzânia	Moçambique
Distância estimada da residência dos beneficiários dos ARV para o local dos ARV		
	Média (Media)	9.8km / 10.5km
	Mais próxima	0.5km / 1km
	Mais distante	70km / 28.3km
Tempo estimado que se leva a percorrer da residência para a fonte dos ARVs		
	Média/média	54min / 56min
	Mínimo/mais curto	3min / 6.7min
	Máximo/mais longo	500 min [8hrs] / 120min (2hrs)
Meios de transporte para o Centro de Tratamento ARV		
	Andando a pé	38.2% / 67.9%
	bicicleta/motorizada	7.8% / -
	Veiculo	59.8% / 32.1%
	comboio	1% / -

Dado que antes de uma pessoa iniciar o uso de ARVs, ele/ela tem de visitar o local por um mínimo de 3 vezes, incluindo o teste de células CD4 e passar pelo aconselhamento em relação à aderência, tais distâncias constituíam uma barreira para os pobres mas também para os potenciais utilizadores. □ importante observar que todos os locais de fornecimento de ARV estavam localizados em centros urbanos, o que limita o acesso aos ARVs pelos utilizadores baseados nas zonas rurais e os futuros utilizadores, devido largamente a problemas de transporte. Mesmo nos distritos rurais tais como Sengerema e Inhambane na Tanzânia e Moçambique respectivamente, os locais de fornecimento estavam localizados nos principais centros urbanos dos distritos. Um dos poucos casos dos não -aderentes, foi reportado de falhado devido ao aumento da tarifa de transporte e decidiu abandonar completamente o programa de ARV.

Em geral, no entanto, a acessibilidade aos serviços de tratamento ARV tem melhorado de forma tremenda ao longo dos anos, mas os números ainda estão de longe abaixo de atingir o acesso universal desejado pela ONUSIDA. Aparentemente, existe um acesso limitado comparado com a necessidade em todas as comunidades estudadas e isso é reportado de forma mais inconsistente em relação aos utilizadores dos ARVs baseados nas zonas rurais. Os planos de expansão para as unidades sanitárias de nível mais baixo incluindo as unidades de base rural estão em curso nos três

países. Mas para tal a localização dos serviços de provisão de ARV para ser relevante, ela deve ir de mãos dadas com a promoção dos GATAS e actividades visando eliminar o estigma e discriminação. O pouco, mas significativo incidente que aconteceu em Sengerema ilumina este ponto. A enfermeira do hospital que ajudou a equipa de estudo a seguir os beneficiários nas suas residências, tinha de retirar primeiro a sua bata de identificação antes de se aproximar da residência do beneficiário por receio de suscitar uma suspeita desnecessária dos vizinhos que iniciariam especulando que o agregado tinha uma PVHS, o que culminaria na estigmatização e discriminação dos ocupantes que estes vivem.

4.4 Uso de ARV/Utilização dos Serviços de Tratamento ARV

Dentre os beneficiários de ARVs, foram reportados níveis mais elevados de aderência em todas as comunidades estudadas. As beneficiárias VHS que tinham tomado a decisão de iniciar o uso dos ARVs ainda estavam determinadas em garantir uma aderência máxima. No entanto, deve ser observado que o uso de ARV é uma prática relativamente nova em tais países, embora o Burkina Faso e Moçambique tenham uma história ligeiramente mais longa de uso dos ARVs comparados com a Tanzânia. Ligeiramente mais de um quarto (26.9%) dos beneficiários de ARV em Moçambique e 8.3% em Burkina tinham

iniciado a tomada de ARVs antes de 2003. Na Tanzânia, a provisão de ARVs tornou-se mais proeminente em 2005. A diferença era que na Tanzânia a provisão de ARV para os nacionais era muito mais uma iniciativa do governo e os doadores apenas compraram comparado com Moçambique e Burkina Faso, onde a iniciativa inicial surgiu de fora – dos doadores.

A segmentação dos dados em relação aos beneficiários de ARV Segundo o género atesta ao facto de que o uso de ARV possui uma dimensão de género. Os resultados revelaram que as mulheres perfaziam a maior proporção dos beneficiários de ARV. Por exemplo, em Moçambique, quase três quartos dos beneficiários de ARV eram mulheres comparadas com ligeiramente acima de um quarto que eram homens – 72.4% e 27.6% respectivamente. Quase proporções iguais de beneficiários e beneficiárias de ARV foram reportados em Burkina Faso– 73.6% e 26.4% respectivamente. Na Tanzânia existiam também mais beneficiários que beneficiárias. Por exemplo, mais de 70% das PVHS registradas beneficiando dos serviços de Extensão do SIDA de Nyakato eram mulheres.

em Capital provincial de Inhambane - Moçambique, membros da WONA-NDLELA; uma associação de PVHS, observou-se que dos 60 membros, 43 estavam sob os ARVs e a maioria era de mulheres. Uma outra associação de PVHS na Cidade de Maputo, TINHENA com um total de 285 membros, mais de 90% eram mulheres.

Esta dimensão de género não demonstra de qualquer forma que a provisão seja principalmente de mulheres que estejam a precisar dos ARVs. A maior parte das mulheres tendem a visitar os centros de saúde que os homens onde elas têm acesso à informação sobre os ARVs, e esperando ser mães, elas são muitas vezes aconselhadas a fazer um teste de HIV, e se forem positivas são encorajadas a registar no “programa de prevenção da transmissão de mãe para o filho (PTV). As discussões com os membros das diversas associações das PVHS revelou que muitas vezes os homens não revelam o seu estado ao ponto que mesmo quando eles estão sob tratamento ARV, isso é mais um assunto privado – eles mantêm isso para eles próprios comparado com as mulheres que acham isso fácil de revelar e de se juntarem as associações de PVHS para apoio psico-social e material.

5.0 IMPACTO DO USO DE ARV E BARREIRAS A ACESSIBILIDADE

5.1 Introdução

Esta Secção apresenta os resultados sintetizados sobre o impacto dos ARVs em relação ao beneficiário individual, os seus agregados familiares, a comunidade e o impacto sobre os outros serviços de saúde. Isso também destaca

planeamento para as suas famílias, e contribuir para a luta mais ampla de combater o HIV e SIDA. Um caso da vida real da Sophia constitui um exemplo claro do que os ARVs podem fazer para a vida de uma pessoa se foram tomados de forma consistente.

Vim aprender sobre o meu seroestado em relação ao HIV em 2005, depois de vários episódios de doenças. Dado o choque dos resultados do HIV e a batalha com a TB, fui hospitalizada durante 6 meses. Durante o período do internamento, a contagem do meu CD4 era de 30 e estava a pesar 28-30 quilogramas. Iniciei os ARVs, que eu atribuo a minha vida e a actual boa saúde.

“Estava muito doente, não podia falar, mas os ARVs fizeram com que eu torna-se a ganhar a minha vida e saúde.”

Sophia, cuja contagem de CD 4 na altura deste estudo era de cerca de 220, está a pesar 58 Kgs tinha se tornado numa activista do HIV gerindo programas na televisão relacionados com o HIV e SIDA para sensibilizar a população em relação à epidemia e para promover o uso dos

ARVs. A Sophia que tinha começado a ser discriminada na sociedade especialmente depois de deixar o hospital devido às suas aparências físicas, agora se tornou numa



as barreiras à acessibilidade dos ARVs.

5.2 Impacto do Uso dos ARV

5.2.1 Impacto sobre os níveis individual e dos agregados

Em geral, o impacto positivo e negativo do uso do ARV em relação ao beneficiário individual ainda está para ser sentido uma vez conforme indicado anteriormente, o uso de ARV é relativamente recente nos locais de estudo. No entanto, o benefício reconhecido individualmente de saúde melhorada foi citado por quase todos os beneficiários nos três países passando por uma esperança revivida de viver; capacidade de retomar o trabalho e as actividades comerciais,

5.2.3 Impacto do uso dos ARVs sobre a família e a comunidade

Na maior parte dos casos, o uso dos ARVs não tinha resultado em efeitos adversos nas relações familiares. Nos três países foram reportados casos de membros da família a demonstrar uma atitude positiva e de mais caridade, embora casos isolados fossem reportados entre casais e membros da família alagada que desenvolveram atitudes hostis. Em Burkina Faso constatou-se que dos 45% dos beneficiários de ARV reportaram melhoras significativas nas relações com os membros da família uma vez iniciado com os ARVs, apenas 10% dos casos reportaram nenhuma mudança no relacionamento embora um quinto dos beneficiários tenha reportado relações melhoradas com os vizinhos e outros membros da comunidade.

No entanto, fora do círculo social dos beneficiários, e a sua família imediata, houve indicações que o uso dos ARVs não tinha sido dada uma boa receptividade por alguns membros da comunidade. Em algumas das comunidades visitadas, um ar de ressentimento para com o tratamento ARV era evidente [com uma possibilidade de aumento a não ser verificada pelas campanhas de sensibilização]. A sua desaprovação estava mais inclinada em relação a possível compromisso sobre as abordagens de aversão ao risco; eles argumentavam que os utilizadores perdiam todos os sintomas associados com o SIDA e alguns mesmo se envolviam em sexo não protegido com pessoas não suspeitas. Esta constatação destaca a necessidade de ir para além de focalizar nos direitos das PVHS para incluir as suas responsabilidades na protecção dos direitos das outras pessoas (na prevenção da disseminação do HIV).

5.2.4 Impacto dos ARVs sobre os outros serviços de saúde

O principal problema com a provisão dos ARV tanto nas unidades de saúde pública e privada está associado com os enormes custos correntes essenciais para um programa sustentável. Sem dúvida, os sucessos no tratamento das PVHS aumentam a demanda em relação ao sistema de saúde. Isto acontece tanto em termos de pessoal como de infra-estruturas; a maior parte dos locais de provisão dos ARV não tinham todas as condições exigidas tais como máquinas para a contagem de CD4 daí que os fundos hospitalares foram dispendidos para fazer com que os testes fossem realizados. Com efeito, as unidades privadas tinham de subsidiar os custos correntes para os ARVs e no entanto a maioria dos beneficiários dos ARV não pagavam pelos serviços. A pessoa responsável pelo hospital de Sengerema, uma unidade religiosa na Tanzânia, lamentou que a provisão de ARVs constituía um fardo tão grande para o hospital.

“Os técnicos do laboratório em Sengerema são demasiados poucos para gerir todos os casos...o programa está a levar o nosso melhor pessoal; altamente qualificado e experiente. Não temos pessoal suficiente...temos apenas três conselheiros que podem fornecer serviços de aconselhamento de forma competente além das outras tarefas designadas, embora o aconselhamento para os beneficiários de ARV e aqueles que vêm para o teste esteja a tornar-se num serviço diário

-Médico responsável, Hospital de Sengerema, Tanzânia

Os desafios do pessoal eram também iguais em Burkina Faso e Moçambique. O caso da unidade sanitária de Panda em Moçambique sucintamente sumariza a situação prevalente.

UNIDADE SANITÁRIA DE PANDA-MOÇAMBIQUE

Ainda que agora a unidade sanitária de Panda esteja a fornecer os ARVs, não foi recrutado mais nenhum trabalhador. O que uma pessoa observa é que a maior parte dos trabalhadores de saúde qualificados, i.e. o director do centro de saúde, é a pessoa responsável pelo programa de ARV apoiado por outro trabalhador que foi sujeito à capacitação. Embora, não mencionado, o programa de ARV está a levar os melhores dos melhores no centro. Além disso, as pessoas que vêm para o teste de HIV, ficam na fila com os pacientes de medicação de rotina, o que muitas vezes abranda o processo. O tempo de espera é portanto prolongado, o que tem impacto na qualidade dos serviços fornecidos.

O que é muito importante observar nos três países, é a renovada garantia e o compromisso expresso dos governos para abordar os constrangimentos no programa de ARV. Por exemplo, na Tanzânia, foi revelado que o governo estava num processo de trabalhar num Memorando de Entendimento a ser assinado entre o governo e os provedores privados traçando claramente o compromisso de

ambas as partes logo que eles (unidade privada) tenha sido indicada para gerir um programa de ARV.

5.3 Barreiras para o Uso dos ARVs

Diversas barreiras para o uso e acesso dos ARVs incluindo as baseadas na unidade sanitária, política pública, sensibilização e relacionadas com o transporte, bem como a nutricional, foram citadas em quase todas as comunidades seleccionadas nos três países.

5.3.1 Custos directos dos ARVs

Em Moçambique e Tanzânia, os ARVs são fornecidos gratuitamente e portanto não são incorridos nenhuns custos directos pelo beneficiário para aceder aos ARVs. No entanto, em Burkina Faso, o governo não fornece o acesso universal ao tratamento, embora algumas pessoas sejam capazes de aceder aos medicamentos gratuitos através de organizações tais como a SOS-SIDA, mas as outras têm de pagar.

A única categoria de pessoas em Burkina Faso que tem um acesso gratuito aos ARVs são aquelas pessoas de rendimento baixo e/ ou sem rendimentos ligados às associações, de hospitais nacionais e regionais que são identificados por um médico, farmacêutico e agente dos serviços sociais ou funcionário de uma associação. Este critério de selecção pode ser tão estigmatizante e prejudicial em relação ao grau de excluir os potenciais beneficiários dos ARVs.

5.3.2 Barreiras relacionadas com a unidade sanitária

Na unidade sanitária, a barreira geralmente citada para o uso e acesso dos serviços de tratamento ARV era a inadequação do pessoal no local de provisão de ARV. A acessibilidade acrescida aos ARVs não constitui apenas uma função da disponibilidade dos medicamentos e das unidades sanitárias, mas também da disponibilidade de pessoal de saúde qualificado. Todos os países visitados reconhecem ter desafios relacionados com trabalhadores de saúde formados para fornecer cuidados especializados do SIDA. Por exemplo em Moçambique, a situação era mais patética comparada com o resto da região da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) conforme revelado pelo seguinte:

- Havia 17,000 trabalhadores de saúde dos quais 11,000 eram formados e que a qualidade dos cuidados estava sendo limitada pela qualificação mínima do pessoal de saúde;
- Apenas 6% eram médicos formados dos 11,000 trabalhadores de saúde, e consequentemente menos de 50% dos hospitais distritais tinham um medico;
- O número de enfermeiras por paciente era de 1:5,000—o mais baixo na região da SADC i.e., comparado a África do Sul (1:125); Botswana (1:457); Zâmbia (1:610); Malawi (1:1298) e Zimbabwe (1:704);
- Havia um número limitado de conselheiros e farmacêuticos;
- Elevada rotação dos trabalhadores de saúde qualificados com uma perda anual de 7% devido a transferência ou morte do pessoal distrital de saúde;
- Até Março de 2004, o país tinha uma estimativa de 240 médicos que tinham sido formados para fornecer a TARV.

Os entrevistados chave em todos os países visitados concorriam com o facto de que os seus sistemas nacionais de saúde estavam limitados pela falta de recursos humanos. A UNAIDS (March 2006) em particular observou que a expansão do tratamento enfatiza fraquezas críticas nos sistemas de saúde que precisavam de ser abordadas, especialmente a infra-estrutura e os recursos humanos. Embora a capacitação dos trabalhadores de saúde para fornecer cuidados especializados do SIDA tenha sido feita, ela não tinha resolvido o problema dos recursos humanos.

A outra barreira relacionada com a unidade sanitária era a inadequação das infra-estruturas. Em todas as unidades sanitárias visitadas, foi reportado que o número de beneficiários de ARV tinha estado a aumentar o que tinha inadvertidamente levado a um congestionamento. Por exemplo, na Tanzânia quando a equipa do estudo visitou Sekou Toure, as PVHS tinham se apinhado nos corredores onde o aconselhamento, testagem e provisão dos ARVs estava sendo feita. A equipa de estudo tinha de se apertar ao longo do corredor a abarrotado. Foi revelado em Sengerema que nos dias de atendimento da clínica de ARV, sempre havia uma mistura para as unidades tais como cadeiras/bancos entre os pacientes de rotina e os beneficiários dos ARVs. A capacidade laboratorial constituia

uma maior fraqueza em todos os três países e recursos adicionais e perícia seriam também necessários para garantir a qualidade da infraestrutura laboratorial a longo prazo.

A Tanzânia na altura deste estudo estava a tentar recrutar mais pessoas para manusear os ARVs. As pessoas recrutadas e formadas estavam para ser enviadas para todas as unidades que forneciam os ARVs tanto no sector público como no privado. Igualmente, Moçambique planeou formar 2000 profissionais de cuidados de saúde de nível intermediário. Burkina estava também a procura de alargar a sua lista de pessoas qualificadas a receitar os ARVs.

5.3.3 Barreiras relacionadas com políticas

As políticas existentes constituem potenciais barreiras ao acesso ao tratamento ARV. Aparentemente, algumas directrizes inadvertidamente limitam o acesso aos serviços. Na Tanzânia por exemplo, a restrição em relação a onde um beneficiário dos ARVs obtém os medicamentos, foi citada dentre os constrangimentos para aceder ou barrar qualquer outra pessoa de ir buscar os ARVs em nome do beneficiário do local de provisão, o que pode contribuir para a não-aderência. Isto certamente coloca desafios específicos aos utilizadores que estão acamados e aqueles com problemas de transporte. Isto apela por inovações e flexibilidade nas directrizes sobre políticas por forma a ajudar a aumentar a aderência bem como a convencer os não-utilizadores a se registrar. Em Burkina Faso, o plano era de descentralizar os locais de provisão dos medicamentos para garantir um acesso mais fácil para os utilizadores nas zonas rurais.

Outras políticas que estavam relacionadas com a nutrição foram citadas em algumas comunidades como uma barreira, mas apenas específicas à Tanzânia onde os futuros utilizadores de ARV eram exigidos de assinar uma ficha de compromisso declarando que eles aderirão ao uso correcto dos ARVs. Dentre as condições estava a capacidade de poder ter uma dieta especial, uma fonte segura de rendimento, água potável, etc. Consequentemente, a importância da alimentação se torna num elemento essencial da continuidade dos cuidados para PVHS.

“Participo em diversos seminários sobre os ARVs e eles destacam que uma pessoa deve ter seis refeições ao dia, mas eu dificilmente posso me dar ao luxo de uma única refeição, daí que não podia iniciar a tomada dos ARVs ”

- Homen não utilizador dos ARVs, Mwanza, Tanzânia

Por último, os utilizadores dos ARVs, os não-utilizadores bem como os potenciais utilizadores queriam ter a garantia de que os ARVs gratuitos estavam aí para ficar e que o programa era sustentável. A falta de uma informação clara em relação à capacidade e prontidão dos governos de sustentar a provisão de ARVs gratuito foi reportada como causando uma preocupação e desconforto levando ao não uso dos ARVs.

5.3.4 Barreiras relacionadas com a sensibilização

A fraca sensibilização devido a falta de informação apropriada e adequada sobre os ARVs foi citada amplamente como uma barreira chave para o uso dos serviços de tratamento ARV. Como foi anteriormente indicado, os aspectos principais do tratamento ARV não estavam sendo disseminados for a dos locais de provisão dos ARV. As mensagens geralmente ouvidas na comunicação social eram nos lugares onde os ARVs podiam ser acedidos. Aparentemente, isto deixou muitas pessoas com poucos ou sem conhecimentos dos ARVs. Houve mesmo reclamações que os ARVs foram introduzidos antes das devida preparação das PVHS para dissipar o receio instigado pelos mitos e por informação errada. Na Tanzânia por exemplo, foi observado que o foco do governo foi reportado em relação a assegurar provisões suficientes dos ARVs com base na assunção que as provisões gratuitas de ARVs seriam suficientes para atrair as PVHS a usarem os medicamentos. Casos de PVHS recusando se registrar para os serviços de tratamento ARV devido o receio dos efeitos secundários foram subestimados em tais estudos.

“Algumas pessoas declinaram redondamente a ideia de iniciar os ARVs porque a sua condição podia piorar... eles tinham receio dos possíveis efeitos colaterais”

- Coordenador dos Cuidados Domiciliários
Distritais, Sengerema, Tanzânia

“Um doador deu-nos ARVs gratuitos por 3 anos; éramos 5 pessoas mas apenas 2 concordaram em tomar os ARVs. Embora o doador dissesse que os medicamentos foram comprados por minha causa, recusei porque não estava preparado. Infelizmente, os 2 que tomaram os medicamentos morreram por causa das reacções do medicamento. Cuidei de um deles antes dela morrer; ainda lembro os efeitos secundários, mesmo até hoje não posso tomar os ARVs; Tenho dito aos médicos”

- Um não utilizador dos ARV, Cidade de
Mwanza, Tanzânia

5.3.5 Barreiras relacionadas com o transporte

As barreiras relacionadas com o transporte para aceder e usar os ARVs constituíam os obstáculos mais frequentemente citados em Burkina Faso. O transporte como uma barreira ao uso dos ARV tem dois gumes. Ele limita os utilizadores e potenciais utilizadores e também o torna difícil para os provedores de serviços de saúde de fazer visitas de seguimento. Como foi anteriormente indicado, o acesso aos locais de provisão dos ARV era fraco – a media estimada de distancia da residência do beneficiário dos ARVs ao local de provisão dos mesmos é distante, o que se traduz em níveis elevados de deslocação que desencorajam os utilizadores e leva a não-aderência. Um desses casos foi citado nas ilhas do Lago Victória que dista em cerca de 70kms do local dos ARV em Sengerema – o utilizador falhou devido aos elevados custos de deslocação.

6.0 POLÍTICAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS

6.1 Introdução

IAs questões relacionadas com o ambiente de políticas em que os programas de ARV estão sendo implementados não estavam cobertos em Burkina Faso a medida que elas estavam em Moçambique e Tanzânia. No entanto, deve ser observado que tanto as políticas nacionais como as internacionais podem tanto promover como limitar a acessibilidade para e o uso dos ARVs bem como o programa de expansão.

6.2 Políticas e Quadros Nacionais

O ambiente de políticas nos dois países forneceram um ambiente favorável para a implementação dos programas de ARV. Tanto na Tanzânia como em Moçambique tem quadros estratégicos nacionais abrangentes para o HIV e SIDA – i.e., a Tanzânia tem um Plano Nacional de Tratamento e Cuidados do HIV e SIDA que orienta especificamente a implementação e gestão do programa dos ARV no país, e a semelhança Moçambique tem um “Plano Estratégica Nacional de Combate as ITS/HIV/SIDA”. Em relação ao ultimo, a direcção política para a provisão de ARVs e a expansão esta imbuída naquele Plano. Ele constitui o ponto de referencia nacional em geral e o quadro sob o qual as directrizes e intervenções do HIV e SIDA estão baseadas incluindo para aqueles para os ARVs como comparado a Tanzânia onde a “Política Nacional do HIV e SIDA (2001)”, constitui o documento supremo e de referencia para orientar a resposta ao HIV e SIDA.

□ importante observar que os dois países desenvolveram outras directrizes e quadros sobre políticas para promover a provisão dos ARVs tais como a “Política sobre Testes e Tratamento”, As Directrizes sobre a TARV (2004) e as “Directrizes sobre Nutrição” para Moçambique e as “Directrizes Nacionais Para a Gestão Clínica do HIV e SIDA (Abril 2005)” no caso da Tanzânia. A Tanzânia também possui o Quadro Estratégico Nacional Multisectorial para o HIV e SIDA (NMSSF) 2003-2007 que operacionaliza a sua Política Nacional do HIV e SIDA. Este quadro, dentre outros, considera o

tratamento de infecções oportunistas comuns, incluindo os ARVs, e reconhece que a provisão de cuidados apropriados incluindo o acesso ao tratamento anti-retroviral altamente eficaz constitui um dos marcos de toda a estratégia nacional.

O que é comum em ambos os países é que as suas directrizes de políticas sobre cuidados e tratamento não são explicadas num detalhe amplo. Por exemplo, enquanto o propósito e objectivos da política da Tanzânia são muito claros em relação a prevenção do HIV, ele fornece uma atenção geral para a questão de tratamento sob o seu terceiro objectivo específico -“Cuidados para as PVHS”. A advocacia para o acesso acrescido das PVHS aos cuidados médicos principalmente aos ARVs não esta bem articulado. As outras questões tais como os mecanismos para a monitoria e seguimento das pessoas sob os ARVs, os planos para a expansão para abordar os problemas de equidade, os mecanismos de sustentabilidade integrada para a disponibilidade de ARVs e acessibilidade, planos de incentivos para a produção de ARVs etc. também não estão bem articuladas pelo propósito e objectivos da política. Todos estes necessitam de vir claramente na política nacional do país para o HIV e SIDA.

No caso de Moçambique, o desafio esta principalmente no conteúdo no documento do Plano estratégico nacional. Este quadro nacional de grande alcance está dividido em partes; a “Componente Estratégica – Análise Situacional e a “Operacionalização”. A Componente Estratégica em si constitui um documento detalhado que apresenta uma analise situacional, dentre outras, em relação aos indicadores para avaliação da doença, os vectores da epidemia, actividades de IEC, actividades de prevenção, tratamento, mitigação do impacto, etc. Mas sendo uma analise situacional, isso não fornece

uma análise abrangente em relação a questão dos ARVs. Isso fornece largamente a informação dos antecedentes que desde então foram ultrapassados pelos acontecimentos. A maior parte do documento se centra na prevenção da infecção e portanto precisa de ser revisto para incluir a provisão de ARV e a acessibilidade.

6.3 Políticas e Quadros Internacionais

Como todos os países em desenvolvimento, mudanças nas políticas globais relativas aos ARVs tais como as políticas sobre os direitos de patentes tem afectado a Tanzânia, Moçambique e Burkina. De acordo com o relatório da UNAIDS (Março 2006) os patentes se tornaram numa das questões debatidas mais intensivamente nos medicamentos essenciais desde o Acordo da Organização Mundial do Comercio sobre os Aspectos dos Direitos de Propriedade Intelectual Relacionados com o Comercio (TRIPS) foi introduzido em 1995. Isso foi seguido da Declaração Ministerial de Doha sobre o Acordo TRIPS e Saúde Publica de 2001, que clarificou que o Acordo continha flexibilidades que permitem os países a importar e produzir versões de medicamentos anti-retrovirais genéricos sob a patente para proteger a saúde publica. Isto, por sua vez, constitui um mecanismo para aumentar a competição entre os fabricantes de medicamentos, reduzindo os preços e expandindo o acesso a terapia anti-retroviral. A UNAIDS tem, no entanto, advertido que o impacto da saúde publica das flexibilidades dos TRIPS dependera de como os países efectivamente implementam e os usam dentro dos seus sistemas nacionais. No mesmo relatório se observa que os países de baixa e media renda muitas vezes não tem a capacidade de administrar de forma efectiva as políticas que governam os direitos de propriedade intelectual e também não possuem informação sobre a situação das patentes em relação aos medicamentos essenciais, o que é necessário para fazer o uso da flexibilidade dos TRIPS. Dada esta situação, países tais como a Tanzânia, Moçambique e Burkina podiam estar melhor em lidar com tais aspectos nos seus agrupamentos regionais.

Todos os três países i.e. Tanzânia, Moçambique e Burkina são membros de um numero de organismos regionais tais como a SADC, a

Comunidade da África Oriental (EAC) e a ECOWAS. Estes têm o propósito de harmonizar as Políticas, Estratégias Protocolos de Tratamento do HIV e SIDA dos Estados membros. Os estados membros na EAC foram mesmo urgidos de considerar aquisições conjuntas de ARVs com base nos Protocolos harmonizados de TARV da EAC com o propósito de reduzir ainda mais os custos dos medicamentos e aumentar o acesso.

No caso específico da Tanzânia, todos os estados parceiros na EAC estabeleceram programas para a expansão e distribuição dos ARVs aos pacientes na sua jurisdição. Isto aconteceu nos últimos dois a três anos usando produtos genéricos baratos principalmente da Índia. Contudo, com a Índia a cumprir com o ACORDO TRIPS em vigor desde Março de 2006, tais programas de expansão estão sob ameaça. A Índia não poderá ser capaz de produzir ARVs genéricos baratos através da engenharia contraria. A opção que os países membros da EAC têm é de fabricar eles próprios os medicamentos.

Como agora os países em desenvolvimento incluindo a Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso e os outros estados parceiros nos organismos regionais precisam de passar a legislação que pode os tornar capazes de explorar positivamente as flexibilidades fornecidas no TRIPS, e também produzir de forma vigorosa os medicamentos genéricos para os seus cidadãos. Mas em geral, os três países onde tais estudos foram realizados são todos reconhecidos como tendo políticas nacionais que os capacitam a poder acelerar de forma potencial a disponibilidade e acessibilidade dos ARVs.

7.0 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

7.1 Introdução

Esta Secção final do Relatório tira as conclusões e sugestões suscitadas dos resultados do estudo. As sugestões estão sintetizadas do ponto de vista dos participantes do estudo em relação ao o que eles consideram de ser o papel da sociedade civil, incluindo a ACORD nesta era dos cuidados e tratamento do HIV e SIDA e dos ARVs.

7.2 Conclusões

Em geral, a provisão dos serviços de tratamento ARV constitui uma iniciativa recente em todos os três países da Tanzânia, Moçambique e Burkina Faso. Ainda há desafios dolorosos em relação a disponibilidade, acessibilidade e utilização dos ARV. A acessibilidade universal dos ARVs especialmente dos ARVs gratuitos levava algum tempo para ser materializado em todos os países. A falta de equidade na distribuição dos locais de provisão dos ARV esta mais pronunciada para os contextos tipicamente rurais - mesmo nas zonas rurais, os locais de provisão de ARV estão localizados em partes urbanas da comunidade. Como agora, a maior parte dos locais de ARV nos três países estão localizados nos centros urbanos. Isto constitui um problema de equidade que caracteriza os programas de ARV e exige atenção. Isto constitui mesmo um problema maior em Burkina Faso onde os ARVs não são fornecidos gratuitamente.

A disponibilidade dos ARVs não se traduz facilmente na acessibilidade e uso, a não ser que a situação geral de pobreza seja abordada. Como é típico dos agregados dilacerados pela pobreza, a despesa dos agregados focalizados neste estudo ultrapassavam em termos de rendimento mensal. Este tipo de situação ameaça a acessibilidade, uso e aderência; implicando que os programas visando a expansão da acessibilidade aos ARVs devem ir de mãos dadas com os programas de erradicação da pobreza.

Do lado positive embora, valha a pena observar que mesmo dentro de um curto período de tempo da introdução dos programas de ARV, as massas tem mais que o conhecimento e compreensão

media do tratamento ARV. A informação sobre os ARVs é basicamente fornecida nos locais de ARV/unidades sanitárias pelos trabalhadores de saúde e conselheiros, o que implica que os outros membros na comunidade que não visitam ou raramente visitam os locais dos ARVs ou as unidades sanitárias dificilmente obtêm informação sobre os ARVs.

Todo o programa de saúde tem o seu impacto – negativo ou positivo, o mesmo sucede com o programa de ARV. Embora ele ainda seja demasiado cedo para conhecer o impacto a longo prazo do programa de ARV devido ao curto tempo que tem sido implementado, o estudo no entanto revelou poucos aspectos do impacto. O impacto positivo dos beneficiários individuais tem sido a saúde melhorada e produtiva acrescida, mas o impacto negativo está cada vez mais a reflectir-se nos custos associados com o acesso aos ARVs tais como os custos de transporte e o arcar com algumas necessidades dos agregados dentre outras.

7.3 Recomendações

As recomendações estão categorizadas em duas partes; aqueles que são para acção nacional, e aquelas que exigem uma abordagem concertada regional e Pan-Africana. De facto, pode haver a necessidade de uma pesquisa mais aprofundada ao nível regional e Pan-Africana.

7.3.1 Recomendações para a acção nacional

Esforços de redução da pobreza: - Os perfis sócio-demográfico e económico de todos os utilizadores de ARV revelaram que a maioria é pobre. Tais condições de pobreza duplicam com barreiras a acessibilidade e uso dos ARV, o que exige acção. Dois cenários são sugeridos (i) que as PVHS sob os ARVs e cuja saúde esteja a deteriorar deviam ser abordadas com as redes de apoio social – por ex., apoio nutricional directo, e qualquer outro apoio visto como critico, e (ii) para as PVHS cuja

saúde não tenha sido largamente comprometida, seus agregados devem ser abordados com apoio em micro-crédito.

Abordando os problemas de equidade: - Os resultados do estudo demonstraram que os locais dos ARV eram quase uma prerrogativa das zonas urbanas, o que criou desequilíbrios no acesso a informação e na provisão de serviços entre as zonas urbanas e as rurais, e ainda a maioria das pessoas residem nas zonas rurais. □ portanto recomendado que para além de estimular a demanda dos ARVs, o governo deve descentralizar a provisão dos ARVs para as unidades sanitárias mais subalternas para facilitar a acessibilidade e promover o uso. Isto implica a expansão do programa de ARV nas comunidades rurais “difíceis de alcançar” ou aqueles nas margens da sociedade. O tratamento e os serviços relacionados precisam de estar disponíveis gratuitamente para todos aqueles que os precisam especialmente em Burkina Faso onde o programa de ARV não é completamente gratuito.

Em relação as disparidades no acesso a informação acerca dos ARVs, pode-se observar que o aumento da sensibilização e consciencialização em relação aos ARVs deve alargar para incluir todas os sectores da sociedade; os ricos e os pobres, os utilizadores e não-utilizadores de ARVs, as PVHS e aqueles que são HIV negativos, i.e., alcançando a todos. Esta estratégia procura suscitar o apoio social para as PVHS para usarem os ARVs, mas também vai de mãos dadas com as estratégias para a eliminação do estigma e discriminação, o que também mina o uso de ARVs e a aderência. Os métodos em reforçam largamente os meios interpessoais, talhados a medida do cliente, individualizados de fornecimento de informação precisa de ser promovido.

Estratégia multi-facetada de IEC para informação factual: - Os resultados do estudo revelaram baixos níveis de sensibilização e conhecimentos sobre os ARVs na população em geral – tanto nas zonas urbanas como nas rurais. Os dados secundários também indicaram a falta de conhecimentos adequados sobre os ARV entre os provedores de saúde para disseminar informação factual e apropriada sobre os ARV. Os resultados do estudo também revelam que os conselheiros/provedores de saúde nos locais de provisão de ARV constituíam a principal fonte de informação sobre os ARVs. Se recomenda que uma estratégia

multi-facetada da rádio, Comunicação social escrita, educadores sanitários baseados na comunidade e organizações da sociedade civil seja empregue para disseminar informação e conhecimentos sobre os ARVs—i.e., para aumentar a educação sobre os ARV e dissipar os mitos e receios que constituem barreiras em relação ao uso dos ARV.

Campanhas visando o estigma e discriminação: - Embora o estigma e discriminação sejam reportados com estando a diminuir, existe a evidencia que eles ainda existem em alguns sectores das comunidades, o que mina o uso dos ARV. Portanto se recomenda que os Governos com apoio dos outros parceiros tais como a sociedade civil devem suste a campanha contra o estigma e discriminação, o que mina o apoio social para a tomada dos ARVs.

Os Serviços de ATV: - Os resultados do estudo indicaram que para a localização dos serviços de provisão dos ARV serem relevantes, eles devem ir de mãos dadas com a promoção de serviços de ATV éticos, eficazes e sustentáveis. Eticamente e eficazmente a prestação de serviços de ATV podem contribuir largamente no sentido de eliminação do estigma e discriminação.

Apoio Nutricional e Alimentar: - Não há duvida que uma nutrição apropriada constitui a primeira linha no tratamento das doenças relacionadas com o SIDA. Portanto os programas nutricionais e a disponibilidade de alimentação adequada para as pessoas sob os ARVs precisa de ser financiado pelo governo e outros actores no terreno como parte do programa de ARV. Isto ira, entre outros, contribuir para a aderência e atrair potencies utilizadores a abraçarem o programa. Na verdade, a questão de apoio nutricional e alimentar esta no centro da utilização dos ARVs em Moçambique.

Aumentar a proporção de homens beneficiando dos ARVs

Os resultados revelaram que mais mulheres que homens estavam a beneficiar dos ARVs, o que enfatiza a necessidade de alcançar os homens. Um dos principais pontos de intervenção para encorajar os homens a beneficiar dos ARVs é através da redução e da eventual eliminação do estigma e discriminação. O aumento sustido da sensibilização e consciencialização e aconselhamento da comunidade em geral realizaria as mudanças no número de homens

beneficiando dos ARVs.

Melhoria geral do sistema de cuidados de saúde e dos recursos humanos: - Antes da expansão da provisão dos ARV em todos os três países, esforços deliberados devem ser feitos para melhorar em geral o sistema de cuidados de saúde. Existe uma necessidade urgente para maior capacitação do pessoal de saúde tanto nas unidades sanitárias e públicas, e advogar também para a melhoria dos termos e condições de serviço para o recrutamento e retenção fortalecida.

Apoio para as estruturas de e para as PVHS:- As associações de PVHS desempenham um papel vital na identificação de pessoas que precisam de tratamento e lhes apoiam com informação e aconselhamento básico. Tais associações deve ser apoiadas e fortalecidas através do apoio financeiro acrescido e construção de capacidades.

7.3.2 Recomendações mais abrangentes ao nível Regional e Pan-Africano

Financiamento para os serviços de saúde e a mobilização de recursos: - A questão de recursos limitados tem sido documentada como uma barreira em relação a acessibilidade equitativa aos ARVs. Este financiamento para a saúde afecta a todos os três países. Este estudo recomenda uma advocacia acrescida para o financiamento fortalecido para os serviços de saúde e outras componentes para a gestão do HIV e SIDA para satisfazer as actuais necessidades. Portanto é importante que a mobilização de recursos e os esforços de advocacia sejam apoiadas. A semelhança, o foco deve ser colocado na alocação eficiente de recursos ao longo das diferentes intervenções para os provedores do sector publico e privado, melhorando a colaboração e parcerias, fortalecendo os governos centrais e distritais para garantir que os recursos seja utilizados na prestação de serviços eficientes para os grupos alvo.

Operacionalização das políticas e quadros nacionais: - Embora o programa de ARV ainda seja relativamente novo, o estudo revelou uma política e quadro do HIV e SIDA rico e favorável. A limitação esta na tradução deste ambiente politico ou em políticas em programas concretos no terreno. Existe portanto a necessidade de um lobby e advocacia acrescido, e para mobilizar

recursos para que tais políticas possam ser traduzidas em programas de financiamento sustentáveis visando fortalecer a acessibilidade e uso dos ARV nos países da região e da África Sub-Sahariana.

Expedição da legislação das flexibilidades dos TRIPS e participação fortalecida nas políticas globais :-O estudo revelou uma possível dificuldade na sustentabilidade da provisão dos ARVs para os cidadãos na região a medida que a Índia, que costumava ser a principal fonte dos ARVs para a região , ter se comprometido com os TRIPS. Os países da África Sub-Sahariana precisam de suste o seu envolvimento com os organismos internacionais e os governos poderosos no mundo que estão a estabelecer a agenda para a produção e provisão dos ARV.

REFERENCIAS

- ACORD (December 2005), "Strengthening the Livelihood of Marginalized Communities and their Capacity to Advocate for their Rights and Achieve/Contribute to Food Sovereignty". ACORD Mozambique Area Program 2006-2010.
- ACORD (2006), "ARVs Accessibility and Implications in Selected Sites: A Study of Communities' Perspective and Policy Environment in Tanzânia". ACORD Tanzânia Country Program
- ECA (Undated), "Mozambique: The Challenges of HIV/AIDS Treatment and Care". Addis Ababa, Ethiopia.
- GoM (November 2004), "The National Strategic Plan for the Combat Against HIV/AIDS". Part I—Strategic Component-Situational Analysis. Maputo
- GoM (November 2004), "The National Strategic Plan for the Combat Against HIV/AIDS". Part II—Operationalization. Maputo
- GoM—"UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS", Progress Report 2003-2005
- GoM (2004), "The ART Guidelines", Ministry of Health, Maputo
- Stop AIDS Campaign, "Policy briefing: Access to Essential Medicines for HIV" May 2006
"Tanzânia: free food programme to compliment free ARVs" article published online by Plus News, on: www.PlusNews.org
- The United Republic of Tanzânia, "Guidelines for the Clinical Management of HIV/AIDS" second edition, April 2005
- The United Republic of Tanzânia, "The National HIV/AIDS Care and Treatment Plan 2003-2008", National AIDS Control Programme, Ministry of Health
- The United Republic of Tanzânia (January 2003), "National Multi-Sectoral Strategic Framework on HIV/AIDS 2003-2007", The Prime Minister's Office
- The United Republic of Tanzânia (November, 2001), "National Policy on HIV/AIDS (2001)", The Prime Minister's Office
- UNAIDS (March 2006) Progress on Global Access to HIV Antiretroviral Therapy A Report on 3 by 5 and Beyond
- UNAIDS – http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Countries/Mozambique.asp
- USAID (March 2006), USAID Health: HIV/AIDS, Countries, Mozambique
- UNESCO (June 2002), "HIV/AIDS Prevention and Care in Mozambique: A Socio-cultural Approach". Maputo.
- WHO (2005), "Summary Country Profile for HIV/AIDS Treatment Scale-up", Geneva



Agency for Co-operation and Reasearch in Development
Association de Coopération et de Recherche pour le Développement
Agencia para Cooperação e de Pesquisa para o Desenvolvimento

CONTACTO DO ACORD:

KAMPALA OFFICE:

Plot No. 1272 Ggaba Road,
Block 15 Nsambya,
P. O. Box 280
Kampala
Uganda
Tel: (+256) 414 267 668/266 596
E-mail: hasap@acord.or.ug

LONDON OFFICE:

Development House
Block 15, 56-64 London Street
London EC2A 4JX
United Kingdom
Tel: +44 (0) 7065 0850
E-mail: info@acord.org.uk

NAIROBI OFFICE:

ACK Garden House,
1st Ngong Avenue
P. O. Box 61216-00200
Nairobi, Kenya
Tel: +254 (020) 272 1185/1172
E-mail: info@acordnairobi.org

Website: www.acordinternational.org