

FINAL

Relatório Final

Avaliação da Prontidão das Unidades Sanitárias em Oferecer Serviços de Tuberculose nas Províncias de Maputo, Gaza, Inhambane e Tete no Âmbito do Projecto para Fortalecimento do Controlo da Tuberculose e do Sistema de Saúde.

Preparado por: Benedito Toalha, MD

Teodósio Bule, Consultor

Outubro de 2018

Índice

ACRÓNIMOS	3
SUMÁRIO EXECUTIVO	4
Introdução	6
Contextualização	6
Objectivos e alcance da avaliação	8
Objectivo geral:.....	8
Objectivos específicos	8
Metodologia	9
Desenho	10
Cobertura e Instrumentos de colecta de dados	10
Garantia de qualidade	11
Análise de Dados	11
Avaliação da satisfação do utente em relação aos serviços de TB nas principais Unidades Sanitárias:	22
Limitações da avaliação	26
Plano de trabalho	27
ANEXO 1	28
Questionários.....	28
ANEXO 2.....	28
Lista proposta de entrevistas e visitas às unidades sanitárias	28
Amostra dos inquéritos	28

ACRÓNIMOS

ACSM	Advocacia, Comunicação e Mobilização Social
BCG	Bacilo de Calmette-Guérin
BK	Bacilo de Koch
CCR	Consulta de Criança Sadia
DOT	Directa Observação de Tratamento
DOT C	Directa Observação de Tratamento Comunitário
FAST	Finding, Actively, Separating, Treating (Encontrando, Ativamente, Separando, Tratando)
GTT	Grupo de Trabalho Técnico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IEC	Informação Educação e Comunicação
LAB	Laboratório
MDR TB	Tuberculose Multidroga Resistente
MISAU	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCI	Programa de Controlo de Infecção
PIB	Produto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Controlo de Tuberculose
RAM	Reacção Adversa Medicamentosa
RSA	República da África do Sul
RX	Raio X
SATBHSS	Southern Africa Tuberculosis Health System Strengthening (Sistema de Reforço de Saúde da África Austral na área de Tuberculose)
SMI	Saúde Materno Infantil
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TPC	Tratamento Preventivo com Cotrimoxazol
TPI	Tratamento Preventivo com Isoniazida
TSA	Teste de Sensibilidade Antibiótica
US	Unidade Sanitária
USs	Unidades Sanitárias

SUMÁRIO EXECUTIVO

Os trabalhadores das minas (de ouro e outras) da África do Sul estão expostos a um risco de contrair tuberculose (TB) três vezes maior do que o risco que corre a população em geralⁱ. Eles são particularmente vulneráveis à doença devido a uma combinação de factores, incluindo as condições de vida precária e a superlotação dos acampamentos, assim como as altas taxas de coinfeção com o HIV, a inalação de sílica (especialmente nas minas de ouro) e estilo de vida típica dos migrantes.

Padrões complexos de migração dentro da região conferem o alto risco de infecção de TB para famílias e comunidades dos trabalhadores nos países de origem e apresentam um desafio significativo no planeamento e implementação de um modelo abrangente de prestação de serviços de saúde de TB, especialmente devido à dificuldade para monitorar, referenciar e tratar estes pacientes nos vários sistemas de saúde.

A assistência médica e social aos mineiros moçambicanos constituiu sempre uma preocupação do Governo de Moçambique.

O objectivo geral da avaliação foi o de avaliar a prontidão de serviços em unidades sanitárias-chave de Maputo, Gaza, Inhambane, e Tete, nomeadamente dos respectivos distritos de Manhiça, Magude, Marracuene, Moamba, Namaacha, Boane, Bilene, Chibuto, Manjacaze, Xai-Xai cidade e distrito, Guijá, Chókwè, Massinga, Maxixe, Moatize, Changara e Cahora Bassa no âmbito do Projecto para Fortalecimento do Controlo da Tuberculose e do Sistema de Saúde.

Adicionalmente, esperava-se da avaliação conclusões e recomendações adequadas para a aprendizagem e futuras intervenções.

Assim, as principais constatações no âmbito da presente avaliação são as seguintes:

1. Disponibilidade e adequação das Infraestruturas: a maior parte das USs não estão adaptadas para os padrões de controlo de infecção e não tem uma sala específica para atender os pacientes com TB e não permite ventilação cruzada.
2. Os distritos visitados têm no total 175 USs. Dessas, apenas 45 fazem baciloscopia (normalmente são USs sedes dos distritos onde há técnico de laboratório), o que corresponde a 25,7% das USs, muito abaixo do desejado. O ideal seria que todas as Unidades Sanitárias fizessem Baciloscopia.
3. Alguns distritos contam apenas com 1 funcionário no PNCT, como são os casos de Boane, Magude e Moatize. Outros contam com 2 funcionários, que são os casos de Marracuene, Moamba, Chibuto, Macia, Chicumbane, Patrice Lumumba (Xai-Xai Cidade), Maxixe e Chitima. Outros ainda conseguem ter 3 funcionários, como são os casos de Changara, Massinga, Manjacaze, Guijá, Manhiça e Namaacha. Apenas uma US possui 4 profissionais no PNCT, que é o caso de Chókwè, em Gaza.
4. Em todas as USs estão sendo implementadas todas intervenções e serviços básicos, tais como:
 - a. Vacinação com BCG de todos os recém nascidos;
 - b. Disseminação de mensagens de TB usando materiais de IEC, reconhecimento de sintomas e gestão de casos;
 - c. Identificação de casos suspeitos;

- d. Colecta de expectoração para análise microscópica do Bacilo de Koch;
 - e. Diagnóstico de TB em todas as faixas etárias;
 - f. Tratamento de casos;
 - g. Supervisão de fase intensiva e de manutenção do DOT;
 - h. Controlo de BK e revisão do tratamento no final da fase intensiva e fase de manutenção;
 - i. Gestão de complicações e casos suspeitos de resistência a medicamentos;
 - j. Rastreio de membros do agregado familiar, especialmente crianças.
5. **DOT:** A maior parte dos distritos está a implementar o DOT C. Alguns distritos não tem voluntários/parceiros e daí a não implementação das actividades de DOT C.
6. O rastreio sistemático de TB é feito em todos distritos visitados e em diferentes serviços: Triagem, SMI, CCR, Consultas, Internamento e Banco de Socorros.
7. Todas as USs implementam o DOT institucional e seguem os Guiões da OMS para o tratamento de TB sensível assim como para o tratamento de TB resistente às Drogas.
8. Poucas USs possuem Enfermaria separada para tratamento de pacientes com TB tanto sensível como Resistente. Nesta Avaliação constatamos que apenas 6 Unidades Sanitárias têm enfermaria separada para internamento de pacientes com TB, que são os casos de Marracuene, Manhiça, Magude e Moamba, na província de Maputo.
9. Os distritos visitados têm no total 175 USs. Dessas, apenas 45 fazem baciloscopia (normalmente nas USs sedes dos distritos onde há técnico de laboratório), o que corresponde a 25,7% apenas, muito abaixo do desejado. O ideal seria que todas as Unidades Sanitárias fizessem Baciloscopia.
10. Não existe nenhum apoio social aos pacientes com TB no distrito.
11. Poucos distritos têm parceiros de implementação na área de Tuberculose. Dos distritos visitados apenas 4 possuem parceiros de implementação, nomeadamente Chicumbane em Xai Xai distrito; Marracuene, Moamba e Magude na província de Maputo.
12. Os resultados da avaliação da satisfação do utente mostraram que, duma maneira geral, os serviços de tuberculose obtiveram a classificação Excelente a Bom (Gráfico 1, abaixo).

Na tabela 2 abaixo, referente ao Quadro da Análise Geral dos Dados Recolhidos, documentamos no objectivo 7 as estratégias de enfrentamento para fazer face aos desafios identificados tanto a nível distrital quanto a nível das Unidades Sanitárias.

Apresentamos, igualmente, em anexo um documento em Excel com todos os detalhes da análise de dados, assim como os respectivos gráficos, para um entendimento abrangente do presente relatório.

Introdução

Contextualização

O sector mineiro joga um papel significativo no crescimento das economias da África Austral. O mais elevado número e as maiores minas activas da região localizam-se na República da África do Sul, onde se estima que a mineração é um sector avaliado em cerca de 108 triliões de meticais (ao câmbio actual). O peso do sector mineiro naquele país é de cerca de 9% do produto interno bruto (PIB).

Existem cerca de duas mil companhias mineiras a operar naquele país, que empregam cerca de quinhentos mil trabalhadores, dos quais cerca de trinta e cinco mil (entre legais e ilegais) são oriundos de Moçambique, particularmente (mas não só) das províncias de Maputo, Gaza e Inhambane, grande parte do objecto geográfico da presente avaliação.

Estima-se ainda que ao longo dos anos mais de quatro milhões de pessoas trabalharam na indústria mineira na África do Sul, dos quais cerca de dois milhões ainda vivem. Destes, cerca de 147.000 (cento e quarenta e sete mil) são de Moçambique. Estes números deverão ser assumidos como modestos, no que diz respeito aos dados de Moçambique, uma vez que não têm em conta a actividade mineira doméstica, que vem ganhando expressão principalmente na província de Tete.

As maiores taxas de incidência de tuberculose do mundo recaem sobre os mineiros da sub-região da África Austral. As estatísticas indicam que cerca de meio milhão de mineiros estão empregados na África do Sul. Destes, 40% são provenientes dos países vizinhos, tais como o Lesoto, Eswatini (antiga Suazilândia) e Moçambique e cerca de dois milhões de ex-mineiros vivem nestes quatro países considerados.

O constante movimento migratório de mineiros através das fronteiras provinciais e nacionais eleva o risco de transmissão de infecção por TB às famílias e comunidades nos países de origem dos trabalhadoresⁱⁱ. Ele também afecta negativamente a adesão dos mineiros ao tratamento da TB e contribui para a incidência de tuberculose resistente a medicamentos na região.

Por exemplo, na África do Sul a incidência da TB é 3.000/100.000 nas minas enquanto na população em geral é de 948/100.000. A incidência de TB entre mineiros é 10 vezes maior que o limite considerado aceitável pela OMS: 250/100.000. Esta alta incidência de TB entre mineiros é impulsionada por factores como a exposição prolongada ao pó de sílica, más condições de vida e alta incidência de HIV.

A tendência no mercado de trabalho dos trabalhadores migrantes desde 1920, como mostrado na Tabela 1 abaixo demonstra a dimensão regional do sector de mineração na África do Sul.

Tabela 1. Mineiros migrantes na África do Sul, 1920-2010

Ano	RSA	Moçambique	Lesoto	Eswathini	% Não-RSA (mineiros migrantes)
1920	74,452	77,921	10,439	3,449	57
1940	178,708	74,883	52,044	7,152	49
1960	141,406	101,733	48,824	6,623	62
1980	233,055	39,636	96,308	5,050	44
1995	122,562	55,140	87,935	15,304	58
2000	99,575	57,034	58,224	9,360	57
2010	152,486	35,782	35,179	5,009	34

Fonte: TEBA

É importante avaliar os serviços da TB, na perspectiva do utente, para ajudar a eliminar as actuais lacunas no desempenho das unidades sanitárias, numa altura em que se pretende acelerar os esforços conducentes à eliminação da TB em 2030.

O conjunto de metas específicas para TB, na Agenda 2030 e na Estratégia End TB são (i) a redução em 90% dos números absolutos de mortes por TB e (ii) a redução em 80% do surgimento de novos casos de TB.

Programaticamente, Moçambique definiu suas próprias metas, nomeadamente, (a) detectar pelo menos 90% de novos casos de TB, (b) colocar pelo menos 90% dos casos diagnosticados com TB no tratamento adequado e (c) garantir que pelo menos 90% dos casos em tratamento adequado completem e curem-se da TB.

No entanto, as iniciativas de monitoria e avaliação dos serviços de TB baseados nas unidades sanitárias, desenvolvidas a partir da perspectiva do utente, evidenciam desafios importantes para o almejado. Tais desafios incluem o tempo de espera para o atendimento (que ainda é longo), limitada competência institucional e profissional para o diagnóstico da TB, estigma e discriminação, limitado apoio psicossocial, limitadas acessibilidade e disponibilidade dos serviços de cuidados de TB, inadequadas infraestruturas sanitárias para serviços e cuidados de TB, frequentes rupturas de stocks de medicamentos de TB, falta de equipamentos para TB, entre outros desafios^{iiiiiv}.

No âmbito da presente avaliação, a nossa atenção centrou-se nas Unidades Sanitárias localizadas nos distritos de Manhiça, Magude, Matola, Moamba, Namaacha, Boane, Bilene, Chibuto, Manjacaze, Cidade de Xai-Xai e Distrito, Guijá, Chókwè, Massinga, Maxixe, Moatize, Changara, Cahora Bassa e Marávia, abrangando as províncias de Maputo, Gaza, Inhambane na região Sul e Tete na região Centro de Moçambique.

De acordo com o Relatório Anual do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose (2017), de uma forma geral, nos últimos três anos, tem aumentado ligeiramente o número de casos

de TB de todas formas, notificados nas populações de alto risco (Mineiros, Trabalhadores de Saúde e Prisioneiros). Em conjunto, ainda representam uma pequeníssima fracção do total de casos de TB notificados no país. Em 2017, o total de casos somando os três grupos supramencionados para todo o país foi de 2.123, representando 2.5% do total de casos notificados no mesmo ano. Isto pode ser derivado de não haver actividades específicas regulares direccionadas para os Grupos de Alto Risco para o caso dos Mineiros e seus familiares.

Do mesmo relatório pode-se ver que do total de casos notificados (544), 421 foram notificados na zona sul, correspondendo a 77,39%, daí a necessidade de desenvolver actividades específicas direccionadas para este Grupo-Alvo.

Com efeito, no âmbito das entrevistas feitas, constatamos que a maior parte dos utentes tem uma relação directa (seja mineiro ou seu familiar) com as minas da África do Sul, sobretudo nas províncias de Gaza e Inhambane.

O presente relatório observa sequencialmente a seguinte estrutura:

- Uma primeira secção relativa aos objectivos e alcance da avaliação;
- Uma segunda secção relativa à metodologia de trabalho;
- Uma terceira relativa ao plano de trabalho e, por fim,
- Uma referência aos anexos, que contêm informação detalhada da avaliação.

Na secção da metodologia, são apresentados sequencialmente os seguintes subtópicos:

- Desenho da avaliação;
- Cobertura da avaliação;
- Instrumentos de recolha de dados utilizados;
- Medidas tomadas para garantir a qualidade dos dados recolhidos;
- Análise de dados;
- Avaliação da satisfação do utente em relação aos serviços de TB;
- Avaliação da capacidade laboratorial nos distritos visitados;
- Limitações da avaliação.

Objectivos e alcance da avaliação

Objectivo geral:

O Ministério da Saúde pretendia avaliar a Prontidão das Unidades Sanitárias em Oferecer Serviços de Tuberculose nos distritos de Manhiça, Magude, Matola, Moamba, Namaacha, Boane, Bilene, Chibuto, Manjacaze, Cidade de Xai-Xai, e Distrito, Guijá, Chókwè, Massinga, Maxixe, Moatize, Changara e Cahora Bassa no Âmbito do Projecto para Fortalecimento do Controlo da Tuberculose e do Reforço dos Sistemas de Saúde.

Adicionalmente, esperava-se da avaliação conclusões e recomendações adequadas para a aprendizagem e futuras intervenções.

Objectivos específicos

Foram essencialmente 8 (oito) os objectivos específicos da presente consultoria, nomeadamente:

1. Avaliar a disponibilidade e adequação das infraestruturas e recursos humanos para os cuidados de TB, incluindo serviços colaborativos de HIV/TB;

2. Avaliar a disponibilidade e adequação do pacote básico dos serviços de TB (de acordo com as directrizes nacionais e da OMS):
 - a) a nível comunitário: avaliar a implementação da estratégia DOT C, transporte e referenciamento de amostras e busca de contactos, assim como as actividades ACSM;
 - b) ao nível das unidades sanitárias, avaliar:
 - i) rastreio de casos de TB (pelo pessoal de saúde e oficiais da tosse);
 - ii) capacidade instalada de diagnóstico da TB (*microscopia*, *GeneXpert*, Raio X, cultura e transporte da amostra) e outros exames complementares;
 - iii) tratamento da TB (TB sensível e resistente às drogas; DOT institucional);
 - iv) instalações de isolamento (pavilhão da TB sensível e resistente às drogas);
 - v) actividades colaborativas de TB/HIV, incluindo prontidão de controlo da infecção; e
 - vi) gestão da cadeia de abastecimento de medicamentos anti-TB e produtos de laboratório, sistema de registo e reporte, integração das actividades de TB no sistema de saúde, TB infantil e desenvolvimento de recursos humanos.
3. Avaliar a disponibilidade e adequação das intervenções de TB para os grupos de alto risco de TB, tais como mineiros e ex-mineiros, trabalhadores da Saúde, pessoas em instituições prisionais e em corredores de transporte;
4. Avaliar a disponibilidade e adequação dos serviços de apoio social aos pacientes de TB e ligações com serviços de apoio social não relacionados com saúde;
5. Avaliar a disponibilidade de outros parceiros e complementaridade de actividades com o projecto SATBHSS;
6. Avaliar a satisfação do utente em relação aos serviços de TB nas principais unidades sanitárias;
7. Documentar as estratégias de enfrentamento para fazer face aos desafios identificados tanto a nível distrital quanto a nível das unidades sanitárias;
8. Apresentar recomendações para o melhoramento das práticas de políticas e advocacia ou comunicação para melhorar a gestão da TB e a *Multi-Drug Resistant TB*.

Metodologia

Foi desenhado um instrumento de recolha de dados (anexo) e submetido ao PNCT para aprovação. Os instrumentos de avaliação (questionários) foram concebidos com base na literatura sobre políticas relevantes de saúde, documentos estratégicos, directrizes e enquadramentos do MISAU/PNCT, OMS e outros documentos regionais de orientação sobre prestação de serviços de TB. Uma vez aprovado o questionário, e emitidas as cartas de referência, a equipa deslocou-se a cada uma das Unidades Sanitárias seleccionadas para colher a informação.

A nossa preocupação central incidiu sobre recolha de informação geral das Unidades Sanitárias, assim como informações específicas sobre as infraestruturas, recursos humanos, pacotes básicos de serviços de TB, satisfação do utente, laboratórios e comentários gerais, conforme detalhe abaixo e nossos instrumentos de avaliação de serviços de tuberculose nas Unidades Sanitárias em anexo.

Para o efeito, baseamo-nos nos questionários em anexo, a partir dos quais obtivemos respostas que satisfazem os 8 objectivos específicos da Consultoria para os 18 distritos das províncias de Maputo, Gaza, Inhambane e Tete. Tal como referimos acima, os instrumentos de avaliação (questionários) foram concebidos com base na literatura sobre políticas relevantes de saúde, documentos estratégicos, guidelines e enquadramentos do MISAU/PNCT, OMS e outros documentos regionais de orientação sobre prestação de serviços de TB, de tal modo que foi possível estabelecer uma combinação de respostas que possibilitou mais detalhes para responder à Consultoria.

A análise e tratamento de dados consistiu num alinhamento das questões e respostas em função de cada objectivo específico da consultoria, assim como em função da província, distrito e unidade sanitária.

Os dados quantitativos estão detalhadamente apresentados no anexo em Excel, para uma melhor compreensão dos mesmos.

Desenho

Tratou-se de uma pesquisa observacional. A pesquisa baseou-se na observação geral, colecta de dados dos livros de registos da US, entrevistas com o pessoal da US e também entrevista com os utentes do PNCT para aferirmos do grau de satisfação do utente em relação aos serviços prestados pelo PNCT. A colecta de dados foi realizada utilizando questionários estruturados.

Cobertura e Instrumentos de colecta de dados

Dados do Ministério da Saúde (MISAU, 2011) dão conta de que existem 92 unidades sanitárias na província de Maputo, classificadas segundo os níveis de atendimento, e estimando-se que 38 delas ofereçam serviços de diagnóstico e tratamento de TB; 126 em Gaza; 120 em Inhambane, e indicando que 37 dessas unidades sanitárias estão devidamente equipadas para oferecer serviços de diagnóstico e tratamento de TB.

Nossa atenção centrou-se nas unidades sanitárias localizadas nos distritos de Manhiça, Magude, Matola, Moamba, Namaacha, Boane, Bilene, Chibuto, Manjacaze, Xai-Xai cidade e distrito, Guijá, Chókwè, Massinga, Maxixe, Moatize, Changara e Cahora Bassa.

Devido à sobreposição de locais de intervenção na área de **Satisfação de Utente**, somente foram feitos inquéritos neste âmbito nas Unidades Sanitárias selecionadas, da província de Gaza acima citadas.

Os resultados desta actividade estão representados no Gráfico 1.

Para atingir os objectivos da avaliação e para captar informações de diferentes categorias, os dados foram colectados utilizando 2 questionários, de modo a obter dados sobre como as USs estão preparadas para fornecer cada um dos serviços prioritários.

As questões da avaliação estão agrupadas em dois questionários separados, por motivos de eficiência na sua aplicação e administração.

São instrumentos que nos permitiram recolher dados sobre os aspectos gerais das unidades sanitárias; sobre o despiste da Tuberculose (TB) e seguimento dos pacientes; sobre as actividades de despiste e investigação dos contactos; sobre o DOT comunitário; sobre controlo dos doentes em tratamento; sobre coinfeccção TB/HIV; sobre MDR-TB; sobre controlo de infecção; sobre gestão de medicamentos; dados dos laboratórios; e dados do PNCT.

Deste modo, obtivemos adicionalmente dados sociodemográficos, assim como o tipo de TB prevalente na comunidade; e qualidade dos serviços das unidades sanitárias na óptica do utente

Garantia de qualidade

Medidas-chave para garantir a qualidade dos dados foram como abaixo indicamos:

- Os instrumentos de colecta de dados, foram pilotados numa US da Cidade de Maputo;
- Instrumentos de colecta de dados foram extensivamente revistos pelo MISAU e Consultores contratados.
- Explicação intensiva foi dada às equipas de campo, que foi seguida por uma supervisão cuidadosa e eficaz durante o trabalho de campo.

Análise de Dados

Os dados foram analisados por tipo de US/província/distrito, com foco em objectivos predefinidos e usando o programa Excel.

Os questionários foram concebidos de forma detalhada para cobrir todos os objectivos da avaliação. Este exercício constituiu uma oportunidade de aprendizagem institucional e geração de conhecimento para futuras intervenções no âmbito dos serviços de TB.

No âmbito da presente avaliação, exploramos os dados recolhidos para gerar um quadro qualitativo e quantitativo completo e abrangente sobre a prontidão das unidades sanitárias em oferecer serviços de tuberculose, assim como das experiências dos utentes.

Esta avaliação oferece uma oportunidade de reflectir em termos práticos sobre as necessidades (satisfeitas e não satisfeitas) não só dos utentes dos serviços de tuberculose mas também do próprio pessoal de saúde envolvido.

Neste Relatório, como referenciado anteriormente, os dados são apresentados por tipo de US/província/distrito, com foco em objectivos predefinidos.

Tabela 2: Quadro da Análise Geral dos Dados

Resultados Gerais da Avaliação	
Objectivo	Resultado
<p>1. Avaliar a disponibilidade e adequação das infraestruturas e recursos humanos para os cuidados de TB, incluindo serviços colaborativos de HIV/TB.</p>	<p>Disponibilidade e adequação das Infraestruturas: a maior parte das USs não estão adaptadas para os padrões de controlo de infecção e não possuem uma sala específica para atender os pacientes com TB e não permite ventilação cruzada.</p> <p>Não têm sala de espera específica para os pacientes de TB.</p> <p>Noutras USs, as salas estão em estado avançado de degradação, e são tão pequenas que não há espaço para a instalação de um biombo. Quando chove permite entrada de água, pelo que os arquivos têm que ser removidos ou molham-se.</p> <hr/> <p>Recursos Humanos: Problema transversal. Há disparidades quanto ao pessoal alocado ao PNCT nos diferentes distritos. Ver Gráfico 3 abaixo.</p> <p>Nalguns distritos tem 1 funcionário no PNCT que são os casos de Boane, Magude e Moatize e noutros 2 funcionários que são os casos de Marracuene, Moamba, Chibuto, Macia, Chicumbane, Patrice Lumumba, Maxixe e Chitima. Outros ainda tem 3 funcionários que são os casos de Changara, Massinga, Manjacaze, Guijá, Manhiça e Namaacha.</p> <p>Apenas uma US com 4 profissionais que é o caso de Chokwe.</p> <p>Todos os Responsáveis de Tuberculose estão treinados na Gestão do PNCT.</p> <hr/> <p>Serviços Colaborativos TB/HIV: Nas USs visitadas as Actividades Colaborativas TB/HIV estão a funcionar.</p>

		Em geral usam a Ficha de Referência e Contra Referência para pacientes Co-infectados. Nalgumas poucas USs não usam a Ficha por falta da mesma e nesses casos levam o paciente para o Sector de HIV e viceversa.
2.	Avaliar a disponibilidade e adequação do pacote básico dos serviços de TB (de acordo com os Guiões da OMS).	<p>Nas USs estão sendo implementadas as seguintes intervenções e serviços básicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vacinação com BCG de todos os recém nascidos 2. Disseminação de mensagens de TB usando materiais de IEC, reconhecimento de sintomas e gestão de casos. 3. Identificação de casos suspeitos 4. Colecta de expectoração para análise microscópica do Bacilo de Koch 5. Diagnóstico de TB em todas as faixas etárias 6. Tratamento de casos 7. Supervisão de fase intensiva e de manutenção do DOT 8. Controle de BK e revisão do tratamento no final da fase intensiva e fase de manutenção. 9. Gestão de complicações e casos suspeitos de resistência a medicamentos 10. Rastreio de membros do agregado familiar, especialmente de crianças
A. Nível Comunitário:		
2.1.	A implementação da estratégia DOT, referências das amostras e “contact tracing”, assim como as actividades de Advocacia, Comunicação Social e Mobilização (ACSM).	<p>DOT: A maior parte dos Distritos está a implementar o DOT C. Alguns distritos não tem Voluntários e daí a não implementação das Actividades de DOT C.</p> <p>Tem distritos com Voluntários formados mas que ainda não iniciaram com as actividades.</p> <p>A falta de um parceiro de implementação das actividades comunitárias é a outra causa da não implementação do DOT C.</p> <p>Nas províncias/distritos visitados apenas 4 tinham parceiros na implementação, são os casos de distritos de Xai Xai em Chicumbane</p>

		(Elizabeth Glaser Foundation); Marracune (SWAZ-Moz); Magude (NADEC) e Moamba (Rede Cristã e Kenguelekezé).
B. Nível das Unidades Sanitárias:		
2.2.	Detecção de casos de TB (pelo pessoal de saúde e oficiais da tosse).	<p>Das 18 USs avaliadas 01 US (Centro de Saúde da Macia) não implementa a Estratégia FAST para o despiste e seguimento de pacientes.</p> <p>A semelhança de pessoal afecto ao PNCT os Oficiais de Tosse não estão distribuídos numa maneira equitativa nos diferentes distritos. Existem distritos/USs com 2 ou mais oficiais de Tosse e outros sem nenhum (Ver Gráfico 3).</p> <p>Das 18 US's visitadas 9 os Supervisores Distritais tem motorizada funcional e restantes 9 sem motorizadas funcionais e que torna um desafio para o funcionamento pleno do Programa.</p> <p>O rastreio sistemático de TB é feito em todos distritos visitados e em diferentes serviços: Triagem, SMI, CCR, Consultas, internamento e Banco de Socorros.</p>
2.3.	Capacidade de diagnóstico da TB (smear, GeneXpert, cultura e transporte da amostra) e outros exames complementares.	<p>Os distritos visitados tem no total 175 USs. Dessas apenas 45 é que fazem baciloscopia (normalmente nas US's Sedes dos distritos onde há Técnico de Laboratório) o que corresponde a 25,7%, muito abaixo do desejado. O ideal seria que todas as Unidades Sanitárias fizessem Baciloscopia.</p> <p>Nessas USs tem um total de 57 Enfermeiros treinados em Baciloscopia mas somente 10 (17,5%) é que estão a exercer a actividade e o resto não o faz por falta de microscópios e outros insumos.</p> <p>Poucas USs fazem o diagnóstico de TB por RX e Gene Xpert.</p> <p>Em todas elas a Cultura é enviada para o Lab Nacional de Referência.</p>

2.4.	Tratamento da TB (TB sensível e resistente às drogas; DOT institucional).	Todas as US's implementam o DOT institucional e segue os Guiões da OMS para o tratamento de TB sensível assim como para o tratamento de TB resistente as Drogas.
2.5.	Instalações de isolamento (pavilhão da TB sensível e resistente às drogas).	Poucas USs possuem Enfermaria separada para tratamento de pacientes com TB tanto sensível como Resistente. Nesta Avaliação apenas 6 Unidades Sanitárias tem enfermaria separada para internamento de pacientes com TB que são os casos de Marracuene, Manhíça, Magude e Moamba na província de Maputo. Temos ainda Chokwe em Gaza e Changara na província de Tete.
2.6.	Actividades Colaborativas de TB/HIV, incluindo prontidão de Controlo da Infecção.	As Actividades Colaborativas TB/HIV estão sendo implementadas: 1. Tem Paragem Única; 2. O TPC está disponível no Sector de PNCT; 3. TARV está disponível no Sector de PNCT; 4. Obedecem o intervalo estabelecido entre o início do TARV e TAT; 5. O Sector de HIV faz o rastreio de TB; 6. O TPI é feito no Sector de HIV. Controlo de Infecçãoi 1. Existe um Plano de Controlo de Infecção em todas as USs visitadas; 2. Existe um Comité de PCI em quase todas USs; 3. É feito o rastreio de TB aos profissionais de Saúde usando a Ficha de Rastreio de Tuberculose; 4. Tem material IEC sobre Controlo de Infecção.
2.7.	Gestão da cadeia de suprimentos de medicamentos anti-TB e produtos de Laboratório, sistema de registo e reporte, integração das actividades de TB no sistema de saúde, TB Infantil e desenvolvimento de Recursos Humanos.	Gestão de Medicamentos: Usam o Modelo PNCT 11 para aquisição de medicamentos, Sem problemas de stock de medicamentos e todos dentro de prazo, arrumados segundo o prazo de validade, Stocks físico e de fichas coincidem, nunca fizeram uma requisição de emergência, com fichas RAMs que usam para notificação de casos mas demoram receber feedback das fichas enviadas em alguns distritos. Produtos de Laboratório: Nos últimos 3 meses nunca tiveram rotura de stock de reagentes, escarradores ou outro tipo de consumíveis. No último semestre os distritos enviaram amostras para Cultura e TSA mas até a data só tiveram feedback de poucas amostras do Lab de Referência.

		<p>O controle de qualidade interno é feito e o externo não é feito em alguns distritos.</p> <p>A maior parte dos enfermeiros da periferia foram treinados em Baciloscopia mas não o fazem por falta de microscópios/reagentes e outros insumos.</p> <p>A maior parte das USs não tem um local apropriado para a colecta de escarro e é feito em casa dos pacientes pelo próprio paciente.</p> <p>A maior parte das USs não fazem Mantoux por falta de Tuberculina.</p> <p>Desenvolvimento de Recursos Humanos: A semelhança de PNCT o Lab também tem desafios quanto ao pessoal alocado nos distritos/USs.</p>
3.	Avaliar a disponibilidade e adequação das intervenções de TB para os grupos de alto risco de TB, tais como mineiros e ex-mineiros, trabalhadores da Saúde, pessoas em instituições prisionais e em corredores de transporte.	<p>A nível dos distritos não existe uma actividade específica em relação aos Grupos de Alto Risco como tal. Fazem rastreio para Tuberculose para trabalhadores de Saúde e Prisioneiros e Pessoas Vivendo com HIV.</p> <p>Desde 2015 que já não fazem actividades direccionadas para mineiros como as de sensibilização no fim do ano por falta de fundos especialmente nos distritos da zona Sul do país.</p>
4.	Avaliar a disponibilidade e adequação dos serviços de apoio social aos pacientes de TB e ligações com serviços de apoio social não relacionados com saúde.	<p>Não existe nenhum apoio social aos pacientes com TB no distrito.</p> <p><i>“O Apoio Social favorece a adesão ao tratamento da tuberculose uma vez que contribui para o estabelecimento de um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do paciente e também existe associações positivas entre suporte social e qualidade de vida dos pacientes com TB”.</i></p>
5.	Avaliar a disponibilidade de outros parceiros e complementaridade de actividades com o projecto SATBHSS.	<p>Poucos distritos tem parceiros de implementação na área de Tuberculose. Dos distritos visitados apenas 4 tem parceiros de implementação: Chicumbane em Xai Xai distrito; Marracuene, Moamba e Magude na província de Maputo.</p>

6.	Avaliar a satisfação do utente em relação aos serviços de TB nas principais Unidades Sanitárias.	Ver na págs. 18/19 deste relatório e análise separada e detalhada no (Excel Sheet).
7.	Documentar as estratégias de enfrentamento para fazer face aos desafios identificados tanto a nível distrital quanto a nível das Unidades Sanitárias.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Está em curso a implementação de um plano de reforço do sistema (capacidade técnica de recursos humanos, reforço da rede e da capacidade de diagnóstico laboratorial, expansão da capacidade de radiologia), através de um projectos financiado pelo Banco Mundial (SATBHSS); 2. Está em curso a actualização de políticas sobre gestão programática e manejo de clínico de pacientes com tuberculose; 3. Está em curso a mobilização de fundos para reforçar a rede de intervenção comunitária para tuberculose e apoio psicossocial; 4. Estão em curso, discussões de modo a assegurar proteção social ao pacientes com tuberculose.
8.	Apresentar recomendações para o melhoramento das práticas de políticas e advocacia ou comunicação para melhorar a gestão da TB Sensível e a TB Multi Droga Resistente (TB MR).	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infra-Estruturas: Construir novos edifícios para o PNCT a nível dos distritos. A maior parte dos PNCT's Distritais não reúnem condições para o exercício normal das actividades e nem tem condições para o Controlo de Infecção (Ventilação, espaço apropriado para sala de espera dos utentes, gabinetes de atendimento com padrões mínimos para atender pacientes com TB entre outros). 2. Recursos Humanos: Reforçar a alocação de pessoal tanto para o PNCT assim como para o Laboratório tanto a nível do distrito como nas Unidades Sanitárias periféricas onde se realiza a Baciloscopia. 3. Estratégia DOT C: <ol style="list-style-type: none"> a. Revitalizar a implementação de DOT C nos distritos que não o fazem para melhorar os indicadores do PNCT. b. Garantir visitas ao domicílio para apoiar na retenção no tratamento. c. Intensificar as buscas de mais casos e dos pacientes de TB perdidos em seguimento. As brigadas móveis e as visitas porta-

		<p>a-porta devem ser adoptados pelo sector de PNCT das Unidades Sanitárias.</p> <p>d. Utilizar o modelo de subcontratação de OCB's locais/ONG's Nacionais e Internacionais (com estruturas já montadas) vai permitir uma expansão rápida e sustentável do DOT C, o que de certa forma vai reduzir as distâncias percorridas pelos pacientes para a procura de cuidados de saúde, aproximando o serviço de saúde as comunidades mais vulneráveis;</p> <p>4. Descoberta de casos de TB (pelo pessoal de saúde e Oficiais da tosse): Contratar/reforçar mais Oficiais de Tosse nas US's para a efectiva implementação da Estratégia FAST.</p> <p>5. Transporte: Alocar motorizadas a nível dos distritos.</p> <p>6. Laboratório: Expandir e alocar mais meios e equipamentos para o diagnóstico correcto da TB.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Alocar Raio X pelo menos em todos os Distritos para melhorar o diagnóstico da TB.b. Alocar Gene Xpert por Regiões (Agrupar os distritos por regiões) mas de preferência 1 Aparelho de Gene Xpert para a Sede do Distrito, para melhorar casos confirmados por Gene Xpert.c. Treinar e Refrescar a todos enfermeiros treinados em Baciloscopia.d. Alocar de Microscópios e outros insumos onde há enfermeiros treinados em baciloscopia.e. Requisitar e distribuir de Tuberculina para todas as US's para melhorar o diagnóstico de Tuberculose Infantil.f. Melhorar o sistema de referenciamento das Amostras assim como de feedback para as que são enviadas para o Lab Nacional de Referência. <p>7. Detecção de Casos de TB:</p>
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">a. Introduzir actividades específicas para os Grupos de Alto Risco (especialmente Mineiros e seus familiares).b. Reforçar Estratégia Comunitárias de detecção de mais casos de TB. <p>8. Efectivar de acções coordenadas entre Moçambique e África do Sul sobre a Gestão transfronteiriça de TB para a Zona Sul de Moçambique onde há maior concentração de Trabalhadores Mineiros.</p> <p>9. Efectivar de acções coordenadas entre MISAU e as Empresas Mineradoras de Tete e outras províncias do país onde há mineração, sobre a Gestão e rastreio regular para TB e outras doenças ocupacionais para os trabalhadores das minas de carvão na província.</p> <p>10. Fazer advocacia junto dos parceiros para apoio social aos pacientes com TB no distrito.</p> <p>11. Fazer Advocacia junto dos parceiros para apoiarem as actividades de DOT C.</p> <p>12. Monitoria e Avaliação: Melhorar a regularidade de supervisão a todos os níveis (Central, Provincial, Distrital e US's).</p> <p>13. Controlo de Infecção:</p> <ul style="list-style-type: none">a. Reactivar/criar os Comitês de Prevenção e Controle de Infecção nas Unidades Sanitárias, pois notou-se durante esta Avaliação algumas US's sem os Planos de PCI/Comitês de PCI.b. Fornecer mais equipamento de protecção individual contra TB.c. Incluir na Educação Sanitária para TB, a explicação sobre os procedimentos e precauções na recolha domiciliar e no transporte individual das amostras, para garantir o controlo da infecção.d. Introduzir a "Lista de verificação simplificada para Controle de Infecção de TB" a nível da Comunidade, elaborado em Livingstone, Zâmbia em 2010 (USAID/TB CTA/FHI360).
--	--	---

Avaliação da satisfação do utente em relação aos serviços de TB nas principais Unidades Sanitárias:

Além da avaliação da prontidão dos Centros de Saúde, administramos também um questionário para aferir do grau de satisfação dos utentes em relação aos serviços de tuberculose. Foram administrados 32 questionários a igual número de utentes nas 7 Unidades Sanitárias da Província de Gaza, que participaram no estudo. Os resultados mostraram que, em geral, os serviços de tuberculose obtiveram a classificação Excelente a Bom (Gráfico 1).

Com a realização deste trabalho, enfatizamos o interesse e utilidade do mesmo quanto à necessidade de monitorizar a satisfação dos utentes e a qualidade dos serviços de saúde.

A recolha de dados sobre a satisfação apercebida dos cuidados prestados pelos utentes nas sete US's designadamente Chibuto, Manjacaze, Xai-Xai cidade e distrito, Guijá e Chókwè na província de Gaza revela que, de uma maneira geral, os Utentes se encontram satisfeitos. Nenhuma das dimensões em análise regista apreciações negativas relevantes, pelo que a maioria das estatísticas descritivas nos remete para dados maioritariamente positivos.

No entanto no CS de Chókwè:

- Revela-se 1 resposta **negativa** no que respeita à **Reclamação** na demora de atendimento depois de tomar os comprimidos.
- 3 respostas **razoável** no que respeita a **Apoio ao seu tratamento**.
- 1 resposta **razoável** na **Satisfação Geral** com os serviços de TB porque não foi priorizada como idosa para ser atendida primeiro.

Em Chibuto, Bilene e Chókwè:

- Apenas 3 utentes classificaram como **Mau** relacionado ao **horário de funcionamento**. Estes utentes insatisfeitos alegam que o atendimento deveria ocorrer logo às primeiras horas do dia, pois vão à consulta em jejum.

Neste contexto apresentamos acima a relação de sugestões apresentadas pelos nossos utentes nos inquéritos, suscetíveis de reflexão pelos responsáveis dos serviços.

Gráfico 1: Avaliação da satisfação do utente em relação aos serviços de TB nas principais Unidades Sanitárias

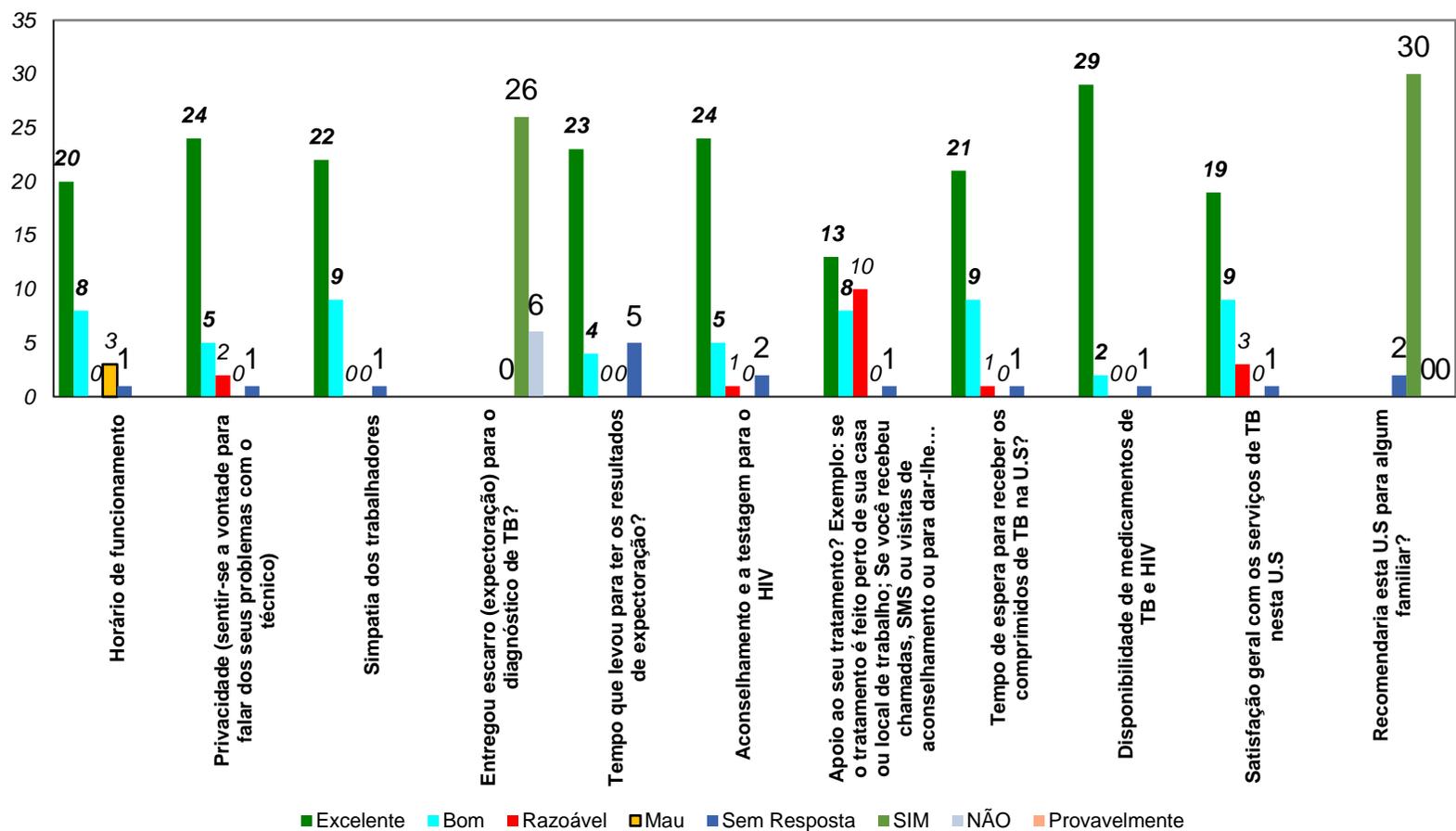


Gráfico 2: Avaliação de capacidade Laboratorial nos distritos visitados

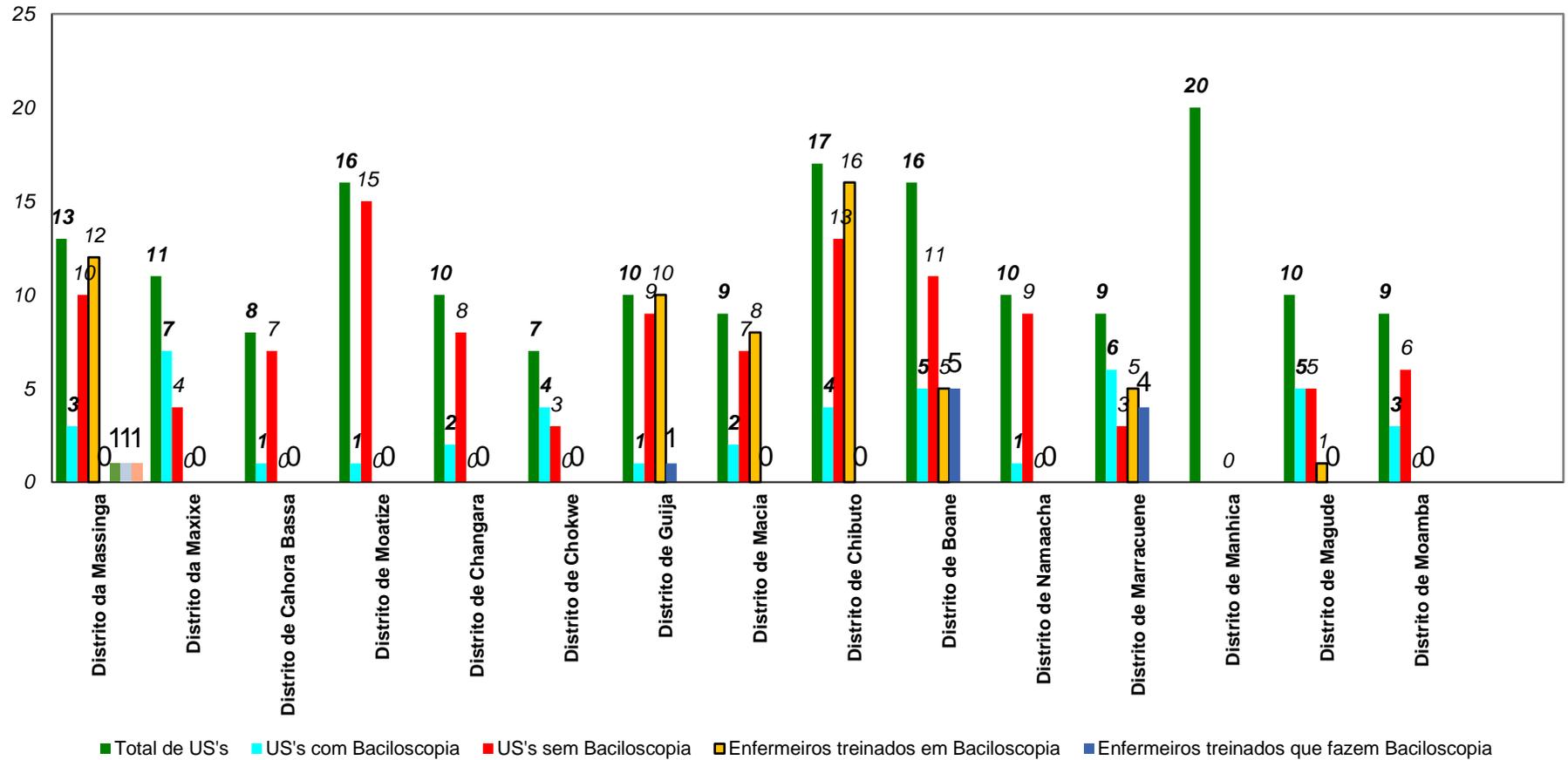
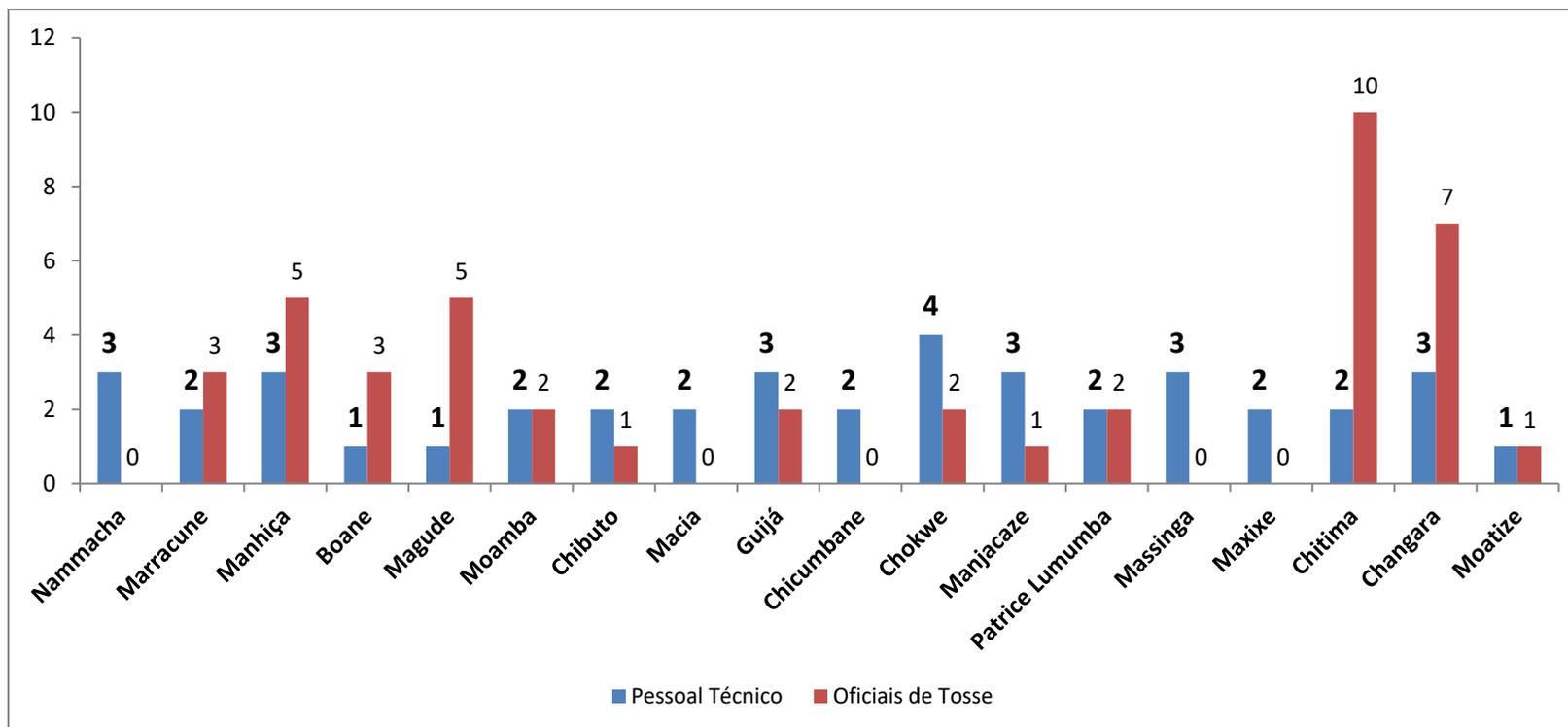


Gráfico 3: Disponibilidade de Recursos Humanos no PNCT e Oficiais de Tosse



A componente Laboratorial ainda é um desafio na área de Tuberculose:

1. Para a microscopia, ela é feita mais a nível da Sede do Distrito e a periferia é a que menos tem acesso a Baciloscopia.
2. Em algumas Unidades Sanitárias, existem enfermeiros formados em Baciloscopia mas não exercem a actividade por falta de Microscópio e outros insumos.

Limitações da avaliação

Durante a avaliação, alguns factores condicionaram o trabalho, daí que tivemos as seguintes limitações:

O primeiro, e talvez o mais significativo, prende-se com o tempo previsto para a recolha e análise de dados. Reservamos um período de cinco semanas para a recolha e tratamento de dados, o que é um grande desafio, uma vez que vários factores interferiram efectivamente no processo de acesso aos respondentes. O principal factor esteve ligado ao facto de que o acesso aos utentes só era possível no período da manhã, durante o período de espera da consulta.

Embora tenha sido tecnicamente exequível o período acima referido, tal limitou, até certo ponto, o período de tempo disponível para os participantes completarem a componente do inquérito do plano de recolha de dados. Este limitante foi mitigado pela forma como os questionários foram concebidos, que permitiu uma divisão de esforço de participação dos diferentes agentes de saúde, de acordo com as respectivas funções que exercem dentro da unidade sanitária, assim como pelo facto de as perguntas serem muito claras e adequadamente direccionadas – inquéritos mais curtos normalmente têm uma elevada taxa de resposta.

O Segundo e último principal factor limitante, que está parcialmente ligado ao primeiro, foi a necessidade de conduzir (quase todas) recolhas de dados em línguas locais, de modo a assegurar que a qualidade e alcance dos dados não fosse comprometida pela utilização exclusiva da língua portuguesa.

Plano de trabalho

A avaliação deveria ter sido concluída a 31 de Agosto de 2018, de acordo com tabela seguinte:

Actividade/Produto	Prazo de entrega
1. <i>Inception report</i>	11 de Julho de 2018
2. Recolha de dados	16 de Julho a 17 de agosto de 2018
3. Análise e tratamento de dados	21 de Julho a 20 de Agosto de 2018
4. Submissão do rascunho do relatório para comentários	20 de Agosto de 2018
5. Incorporação do <i>feedback</i> e submissão do relatório final	27 a 31 de Agosto de 2018

O plano de trabalho detalhado proposto foi o seguinte:

ACTIVIDADE	MEMBROS DA EQUIPA	TEMPO ALOCADO	DATA DE ENTREGA
Inception report	<i>Teodósio Bule</i> <i>Benedito Toalha</i>	3 dias	11 de Julho de 2018 Relatório a ser aprovado pelo MISAU
Análise de documentos	<i>Benedito Toalha</i>		
Análise de dados secundários	<i>Benedito Toalha</i>		
Concepção dos instrumentos de recolha de dados	<i>Benedito Toalha</i>	---	Entregue Aprovado pelo MISAU
Recolha de dados e traduções	<i>Teodósio Bule</i> <i>Vânia Augusto</i>	20 dias	17 de Agosto
Análise de dados	<i>Benedito Toalha</i>		20 de Agosto
Draft do relatório	<i>Teodósio Bule</i> <i>Benedito Toalha</i>		20 de Agosto
Relatório final	<i>Teodósio Bule</i>	5 dias	31 de Agosto

ANEXO 1

Questionários

Os dois questionários já foram devidamente partilhados com o MISAU e já foram aprovados.

ANEXO 2

Lista proposta de entrevistas e visitas às unidades sanitárias

As entrevistas foram conduzidas por Teodósio Bule e Vânia Augusto, em Português e nas línguas locais. A lista definitiva foi disponibilizada pelo MISAU, e é a seguinte:

#	Distrito	Unidade Sanitária visitada
1	Manhiça	Centro de Saúde de Manhiça
2	Magude	Centro de Saúde de Magude
3	Matola	Hospital Geral da Machava
4	Moamba	Centro de Saúde da Moamba
5	Namaacha	Centro de Saude de Namaacha
6	Boane	Centro de Saúde de Boane
7	Bilene	Centro de Saúde da Macia
8	Chibuto	Hospital Rural de Chibuto
9	Mandlakazi	Hospital Rural de Mandlakazi
10	Xai-Xai Cidade	Centro de Saúde Patrice Lumumba
11	Xai-Xai Distrito	Hospital Rural de Chicumbane
12	Guijá	Centro de Saúde de Guijá
13	Chókwè	Hospital Rural de Chókwè
14	Massinga	Hospital Distrital de Massinga
15	Maxixe	Centro de Saúde de Maxixe
16	Moatize	Centro de Saúde de Moatize
17	Changara	Centro de Saúde de Changara
18	Cahora Bassa	Centro de Saúde de Chitima

Amostra dos inquéritos

Agentes de saúde nas unidades sanitárias.

Pacientes e seus parentes.

ⁱ CHAISSON, R.E. HIV infection and Tuberculosis. HIV. Adv. In Res. anel Ther . . v. 2. n. 1. p. 11-18, 1992.

ⁱⁱ CNCS – SECRETARIADO EXECUTIVO: Sistema de Monitoria e Avaliação da Resposta Nacional de Combate ao HIV/SIDA. Maputo, CNCS, Março de 2004.

ⁱⁱⁱ Satisfação dos Utentes dos Centros de Saúde da Cidade da Beira – Março 2012 – IESE/MASC

