
AVALIAÇÃO DE

DESCENTRALIZAÇÃO ATRAVÉS DA

MENTORIA

PROJECTO SOBRE HIV DA MSF BEIRA, MOÇAMBIQUE

OUTUBRO DE 2024

Esta publicação foi produzida a pedido da Médicos Sem Fronteiras (MSF) – Centro Operacional de Bruxelas (OCB) sob a gestão da Unidade de Avaliação de Estocolmo (SEU). Esta publicação foi produzida a pedido da MSF-OCB sob a gestão da Unidade de Avaliação de Estocolmo.

Foi preparado independentemente por Théophile Bigirimana, Monica Malta e Amardeep Thind.

AVISO

As opiniões dos autores expressas nesta publicação não reflectem necessariamente as opiniões dos Médicos Sem Fronteiras e da Unidade de Avaliação de Estocolmo.

CONTEÚDO

CONTEÚDO.....	1
LISTA DE TABELAS	2
LISTA DE FIGURAS	2
SIGLAS	3
RESUMO EXECUTIVO	4
CONTEXTO	4
MÉTODOS	5
PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES	5
CONCLUSÃO.....	6
PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES	7
INTRODUÇÃO	9
HISTÓRICO DO PROJECTO	9
ÂMBITO DE AVALIAÇÃO.....	15
METODOLOGIA.....	17
LIMITAÇÕES	21
CONSTATAÇÕES	24
RELEVÂNCIA.....	24
COERÊNCIA	31
EFICÁCIA	38
IMPACTO.....	75
REPLICABILIDADE.....	84
CONCLUSÃO	87
RECOMENDAÇÕES	90
REFERÊNCIAS.....	93
ANEXOS	94
ANEXO I: TERMOS DE REFERÊNCIA.....	94
ANEXO II: MATRIZ DE AVALIAÇÃO	102
ANEXO III: QUESTÕES DA ENTREVISTA	110
ANEXO IV: EXEMPLO DE GRELHAS DE AVALIAÇÃO DE MENTORIA.....	117
ANEXO V: CONTEÚDO DO PROGRAMA DE MENTORIA POR TÓPICO	120

LISTA DE TABELAS

Quadro 1. Histórico da intervenção da MSF no HIV/SIDA em Moçambique.....	10
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Modelo lógico da componente mentoria da descentralização do HIV.....	16
Figura 2. Número de participantes, por formação e centro de saúde	42
Figura 3. Participação média por centro de saúde	43
Figura 4. Participação média (%) por mentoria	44
Figura 5. Melhoria percentual nas pontuações dos testes, por centro de saúde	49
Figura 6. Melhoria percentual nas pontuações dos testes, por pacote de treinamento de mentoria ...	50
Figura 7. Melhoria percentual nas pontuações de impacto global, por centro de saúde	50
Figura 8. Melhoria percentual nas pontuações de impacto global	51
Figura 9. Resultado da doença avançada pelo HIV da descentralização nos CSP	53
Figura 10. Resultados do SAC da descentralização no CSP	58
Figura 11. Resultados da descentralização dos cuidados pós-aborto no CSP	61
Figura 12. Resultados da VSBG da descentralização nos CSP	62

SIGLAS

DAH	Doença avançada do HIV
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Terapia Anti-retroviral
CBO	Organização Comunitária
DPS	Direcção Provincial de Saúde = Direcção Provincial de Saúde
FGDs	Discussão em Grupos Focais
MTS	Trabalhadora do Sexo Feminina
VBG	Violência Baseada no Género
CS	Centro de Saúde
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
KIIs	Entrevistas com Informantes-chave
PC	PC(s): Trabalhadoras do sexo, MSM, pessoas que usam drogas, pessoas transgéneras
MISAU	Ministério da Saúde
MSM	Homens que fazem Sexo com Homens
OIs	Infecções Oportunistas
PAC	Cuidados Pós-Aborto
PrEP	Profilaxia Pós-exposição
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/SIDA
PTV	Prevenção da Transmissão de Mãe para Filho
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PUD	Pessoas que Usam Drogas
SAC	Cuidados de Aborto Seguro
VBG	Violência Sexual e Baseada no Género
SOP	Procedimentos Operacionais Padrão
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
WBL	Aprendizagem Baseada no Local de Trabalho

RESUMO EXECUTIVO

CONTEXTO

Na África Subsaariana, Moçambique tem a segunda maior taxa de prevalência de HIV/AIDS; em 2022, 11,6% dos adultos (com idades de 15 a 49) estavam infectados. No país, o HIV continua a ser a principal causa de morbidade e mortalidade. Embora o atendimento ao paciente tenha melhorado com o advento do teste de CD4 em 2003 e da estratégia *Test-and-Treat* em 2016, 25% dos pacientes que iniciaram a terapia anti-retroviral (TARV) em 2022 foram diagnosticados com doença avançada pelo HIV (DAH). As taxas de prevalência do HIV são muito maiores em grupos populacionais-chave, como trabalhadoras do sexo e homens que fazem sexo com homens e mulheres transgénero. O acesso aos tratamentos vitais de saúde é, no entanto, dificultado pelo estigma e pela discriminação, mesmo na província de Sofala, onde Médicos Sem Fronteiras (MSF) trabalha desde 2014. O projecto de HIV da MSF Beira visa reduzir a morbidade e a mortalidade relacionadas ao HIV, melhorando o acesso a serviços integrados de HIV/TB, saúde sexual e reprodutiva (SSR) para populações-chave e outros grupos marginalizados/estigmatizados, bem como para a população em geral.

Embora os serviços básicos de HIV e SSR estivessem disponíveis em centros de saúde (CSs), o atendimento de qualidade e centrado na pessoa estava disponível apenas em um modelo centralizado de atendimento. Para melhorar o acesso a cuidados de saúde de qualidade, a MSF iniciou a descentralização por meio de mentoria no nível de cuidados de saúde primários em apoio aos serviços de DAH, SSR e PCs em centros de saúde na Beira. Essa descentralização, que envolveu a componente mentoria como a intervenção principal, incluiu também um suporte logístico que compreende suporte ao laboratório.

A componente mentoria da descentralização do HIV centrou-se em vários objectivos principais:

1. **Melhorar o tratamento da DAH:** garantir o diagnóstico e o tratamento oportuno da doença avançada pelo HIV em centros de saúde primários, reduzindo a necessidade de pacientes viajarem longas distâncias até instalações especializadas.
2. **Melhorar a qualidade dos serviços abrangentes de SSR:** isso incluiu atendimento ao aborto seguro, serviços contraceptivos, prevenção e tratamento de ITSs e acesso a serviços de VSBG e suporte para pacientes que sofrem violência sexual e de género (VSBG), que são cruciais para melhorar os resultados gerais de saúde da comunidade.
3. **Melhorando os serviços favoráveis ao PC:** Ao criar um ambiente acolhedor e favorável ao PC — como profissionais do sexo, HSH, pessoas que usam drogas e pessoas transgénero — o projecto teve como objectivo reduzir o estigma e melhorar o acesso aos serviços de prevenção, testagem e tratamento de HIV/TB.

Esta avaliação da componente mentoria da descentralização dos serviços de HIV/TB e SSR nas unidades de saúde primárias dentro do projecto de HIV da Beira fornece percepções críticas sobre sua relevância, coerência, eficácia, impacto e replicabilidade. Lançado para fortalecer a prestação de cuidados de saúde para populações marginalizadas na Beira, Moçambique, a componente mentoria da descentralização focou na capacitação para melhorar os cuidados de HIV/TB e serviços de SSR, ao mesmo tempo em que abordava as barreiras ao acesso aos cuidados de saúde — particularmente

para populações-chave (PCs) como trabalhadoras do sexo, homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas transgéneras e não conformes com o género e indivíduos vivendo com HIV.

MÉTODOS

A avaliação da descentralização por meio de mentoria utilizou um método misto para obter uma compreensão abrangente da componente de mentoria. Uma metodologia de estudo de caso facilitou a exploração aprofundada da implementação da mentoria, enquanto os dados foram colectados por meio de entrevistas on-line, entrevistas presenciais, discussões em grupos focais, observações estruturadas e análise de dados secundários. Essa estrutura rigorosa combinou entendimentos qualitativos com métricas quantitativas, permitindo uma avaliação diferenciada do impacto da mentoria na prestação de serviços de saúde e SSR para HIV/TB. Considerações éticas garantiram a confidencialidade e a sensibilidade dos participantes, aumentando a confiabilidade das descobertas e oferecendo recomendações accionáveis para intervenções futuras.

A avaliação deparou-se com limitações, tais como um tamanho de amostra restrito e a variabilidade na qualidade dos dados entre as instalações. Além disso, o foco em resultados de curto prazo tornou difícil avaliar o impacto de longo prazo da componente mentoria da descentralização do DAH, necessitando de um período de avaliação mais estendido para capturar efeitos sustentados.

PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES

1. **Relevância**

A componente mentoria da descentralização da DAH, SSR e serviços amigáveis das PCs parece relevante e alinhado com as necessidades de saúde de Moçambique, especialmente dada a alta prevalência de HIV no país e os desafios de saúde enfrentados por populações vulneráveis no acesso aos serviços de DAH e SSR, incluindo cuidados contraceptivos e SAC. Os casos de estupro infantil na Beira também foram levantados como uma preocupação, bem como uma necessidade de apoio aos profissionais de saúde que gerenciam casos altamente sensíveis e estressantes, como VBG e estupro. A componente mentoria foi adaptada ao contexto local e mostrou-se promissor em abordar algumas das lacunas na prestação de serviços de saúde. Após a mentoria, os profissionais de saúde demonstraram melhorias em práticas como solicitação de testes de CD4 e facilitação do diagnóstico precoce de infecções oportunistas. No entanto, o estigma e a discriminação social persistentes em torno do HIV e das PCs continuam sendo barreiras consideráveis ao atendimento, destacando a necessidade contínua de advocacia e educação comunitária.

2. **Coerência**

A componente mentoria da descentralização do DAH está geralmente alinhada com as políticas nacionais de saúde de Moçambique, particularmente no apoio aos esforços de descentralização e na melhoria do acesso ao tratamento do HIV. A componente mentoria contribuiu para objectivos mais amplos de saúde pública e facilitou a colaboração entre a MSF e as autoridades de saúde locais. No entanto, houve desafios na manutenção do compromisso consistente das partes interessadas, e as prioridades concorrentes dentro do sistema de saúde dificultaram a integração total da componente mentoria no planeamento do sistema de saúde a longo prazo.

3. **Eficácia**

Em cenários onde a componente mentoria para a descentralização de serviços amigáveis a DAH/HIV, SSR e PC foi efectivamente sustentada, houve um aprimoramento observável nas habilidades, conhecimento e confiança dos profissionais de saúde na prestação de cuidados de HIV e serviços de SSR. A abordagem estruturada e em fases contribuiu significativamente para a capacitação entre os profissionais de saúde. No entanto, em algumas clínicas de saúde, desafios como equipa limitada, alta rotatividade e suprimentos e equipamentos médicos insuficientes dificultaram a implementação completa do treinamento na prática. Abordar essas lacunas de recursos será crucial para maximizar o impacto geral da componente mentoria na descentralização de serviços de DAH, SSR e PCs.

4. **Impacto**

A componente mentoria da descentralização da DAH teve uma influência positiva na prestação de cuidados de saúde, com algumas melhorias em encaminhamentos de pacientes, engajamento da comunidade e percepções em torno do tratamento do HIV. As PCs mostraram experimentar melhor aceitação e acesso aos serviços. No entanto, sustentar essas mudanças continua desafiador devido ao estigma contínuo, discriminação e engajamento inconsistente da comunidade. A durabilidade a longo prazo desses impactos provavelmente dependerá do investimento contínuo em sensibilização, capacitação, conscientização/educação da comunidade, apoio político para reduzir o estigma e esforços para garantir acesso equitativo aos cuidados de saúde, para as PCs, juntamente com a replicação da mentoria e melhor retenção de pessoal em centros de saúde.

5. **Replicabilidade**

A mentoria mostrou potencial para replicação em cenários de assistência médica semelhantes, particularmente em ambientes de poucos recursos. Sua abordagem estruturada, ênfase na propriedade local e suporte contínuo foram factores positivos que poderiam facilitar a replicação. No entanto, a replicação bem-sucedida exigiria atenção cuidadosa à disponibilidade de recursos, adaptando a componente mentoria para se adequar a contextos locais específicos e garantindo forte engajamento da comunidade para abordar desafios únicos em diferentes cenários.

CONCLUSÃO

A componente mentoria da descentralização dos serviços de DAH, SSR e PCs no Projecto de HIV da MSF Beira apresenta uma abordagem promissora para melhorar a prestação de cuidados de saúde em Moçambique, particularmente para populações marginalizadas. No entanto, os desafios relacionados a restrições de recursos, estigma e engajamento das partes interessadas precisam ser considerados para maximizar totalmente seu impacto. Fortalecer o engajamento da comunidade, garantir recursos adequados e integrar a componente mentoria em actividades mais amplas do sistema de saúde pode aumentar a sustentabilidade e a replicabilidade da iniciativa. Embora o modelo de Mentoria tenha potencial para melhorar os resultados de saúde e contribuir para as metas de saúde pública em cenários semelhantes, sua replicação bem-sucedida dependerá da implementação de uma abordagem integrada que inclua outras componentes, como apoio logístico e esforços de advocacia.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES

A avaliação resultou em várias recomendações para melhorar a sustentabilidade e a replicabilidade do componente mentoria da descentralização:

Recomendações para Médicos Sem Fronteiras (MSF)

1. Recomendações sobre o actual projecto na Beira – Moçambique

- Apoiar a advocacia liderada pelo CBO: Antes da saída do MSF, garantir que as capacidades do CBO sejam fortalecidas para continuar a advocacia junto aos doadores e ao Governo para apoiar a integração da mentoria em iniciativas de melhoria de qualidade de rotina no nível de cuidados de saúde primários. Esta capacitação deve incluir treinamento em advocacia, apoio na construção de planos de advocacia e organização de actividades/campanhas de advocacia;
- Suporte de cuidados informados sobre traumas: avaliar a necessidade de fornecer apoio de cuidados informados sobre traumas para profissionais de saúde que gerenciam casos altamente sensíveis, como VBG e estupro, para ajudá-los a lidar com o impacto emocional de seu trabalho;
- Casos de estupro infantil na Beira: considerar a realização de uma nova avaliação para entender melhor os casos crescentes de estupro infantil na Beira, o que pode ajudar a identificar o escopo do problema e potenciais intervenções;
- Estratégia de saída para suprimentos de SSR: para garantir a continuidade e a sustentabilidade dos serviços pós-saída, a MSF deve explorar fontes alternativas, geridas localmente, para continuar com os produtos essenciais de SSR que salvam vidas, como Misoprostol e Mifepristona, serviços de DAH e serviços amigáveis ao PC.

2. Recomendações para projectos futuros envolvendo mentoria na descentralização

- Melhorar e fortalecer a conscientização, o envolvimento e a responsabilização da comunidade: considere implementar programas de extensão direccionados em colaboração com organizações locais para ajudar a reduzir o estigma e a discriminação contra As PCs. Esses esforços podem se concentrar em promover ambientes de apoio por meio da educação sobre questões relacionadas ao HIV;
- Melhorar o sistema de acompanhamento de mentoria: explorar a possibilidade de estabelecer um sistema estruturado de acompanhamento e suporte para mentores e mentorados, incluindo *check-ins* regulares e sessões de treinamento de actualização. Isso pode ajudar a reforçar as habilidades e o conhecimento adquiridos durante a mentoria;
- Apoiar a integração da componente mentoria na descentralização: considerar trabalhar com autoridades de saúde locais para explorar maneiras de integrar o componente mentoria em programas de treinamento de saúde existentes. Isso pode ajudar a promover sua sustentabilidade e alinhamento com as políticas e necessidades locais de saúde.;
- Desenvolver um quadro abrangente de monitorização e avaliação: considerar criar uma estrutura para avaliar os impactos de longo prazo do componente mentoria na descentralização do DAH de serviços amigáveis de DAH, SRH e PCs, com foco em resultados de saúde, engajamento da comunidade e utilização de recursos. Isso ajudaria a informar os ajustes e melhorias necessários ao longo do tempo.

Recomendações para o Ministério da Saúde (MS) – MISAU

- Considerar aumentar a alocação de recursos: defender financiamento e recursos adicionais para instalações de saúde para melhorar a equipe, acesso a suprimentos médicos e equipamentos essenciais. Isso poderia apoiar os profissionais de saúde no fornecimento de cuidados abrangentes de HIV e SSR e pode ajudar a melhorar a retenção de pessoal;
- Reforçar o apoio político para as PCs: explorar o desenvolvimento participativo e a implementação de políticas com os actores do sector PC que abordam e defendem/protegem os direitos das PCs e promovem o acesso equitativo aos serviços de saúde. Abordar o estigma e a discriminação dentro do sistema de saúde é um dos aspectos mais importantes a serem focados;
- Facilitar o engajamento das partes interessadas: considerar organizar reuniões regulares com as partes interessadas para alinhar prioridades e promover a colaboração entre vários actores do sistema de saúde. Isso pode ajudar a manter o compromisso com o tratamento de HIV/TB e SSR e iniciativas de mentoria e apoiar uma mudança da supervisão tradicional para um programa de mentoria mais eficaz e sustentável.

INTRODUÇÃO

HISTÓRICO DO PROJECTO

CONTEXTO DO HIV EM MOÇAMBIQUE

Moçambique tem o segundo maior número de pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHIV) na África Subsaariana, com aproximadamente 11,6% da população adulta (de 15 a 49 anos) vivendo com o vírus em 2022 [1,2]. O HIV continua sendo a principal causa de morbidade e mortalidade no país [3]. O teste de CD4 foi introduzido pela primeira vez em Moçambique em 2003, seguido pela adopção da abordagem *Test-and-Treat* em 2016. Em 2022, a identificação de rotina da Doença Avançada pelo HIV (DAH) em pacientes tornou-se totalmente estabelecida. De acordo com uma avaliação interna do Ministério da Saúde (Ministério da Saúde de Moçambique - MISAU) em 2022, 25% das PVHIV recém-iniciadas na Terapia Anti-retroviral (TARV) eram pacientes com DAH. Isso está de acordo com estimativas globais que indicam que mais de 30% das PVHIV em ambientes de baixa e média renda que iniciam o tratamento anti-retroviral têm uma contagem de CD4 abaixo de 200 células/mm³, necessitando de serviços especializados.

A prevalência do HIV entre populações-chave (PCs) — incluindo trabalhadoras de sexo (MTS), pessoas que usam drogas (PWUD), pessoas que estão encarceradas e homens que fazem sexo com homens (MSM) — é significativamente maior do que entre a população em geral. Enquanto a prevalência do HIV na população em geral é estimada em 13%, ela sobe para 24% entre profissionais do sexo, com aproximadamente 30% das novas infecções por HIV ocorrendo entre mulheres trabalhadoras de sexo, seus clientes e os parceiros de trabalhadoras de sexo [4].

Na Beira, o MISAU estima que a prevalência do HIV é de 24% entre as trabalhadoras de sexo (MTS) e 9,1% entre os HSH. De 2014 a Agosto de 2023, MSF inscreveu e acompanhou 7.080 indivíduos das populações – chave (PCs), com uma prevalência global de HIV auto relatada de 21,4%. Entre estes grupos, a prevalência do HIV foi de 39,1% entre as trabalhadoras de sexo, 9% entre os homens que fazem sexo com homens e 29% entre as pessoas transgénero. Apesar dos esforços contínuos, os serviços de HIV para as Populações – Chave (PCs) continuam inadequados. O estigma e a discriminação continuam a criar barreiras significativas ao acesso aos cuidados de saúde, marginalizando ainda mais estes grupos [5].

INTERVENÇÃO DA MSF NA PROVÍNCIA DE SOFALA E NO PROJECTO DE HIV DA BEIRA

Desde 2014, a MSF tem apoiado activamente os serviços de HIV na província de Sofala, com foco particular em abordar a alta prevalência de HIV e as barreiras adicionais enfrentadas principalmente por trabalhadores de sexo no acesso aos cuidados de saúde, e posteriormente começou a se envolver com pessoas transgénero. O projecto de HIV da Beira foi lançado para reduzir a morbidade, mortalidade e incidência relacionadas ao HIV entre PC e a população em geral.

O projecto enfatiza a melhoria do acesso a serviços integrados de HIV, saúde sexual e reprodutiva (SSR) e tuberculose (TB) em unidades de saúde primária e hospitais para a população em geral. Para

PC, o foco foi fornecer serviços personalizados e baseados na comunidade que facilitassem a prevenção, o diagnóstico e a ligação aos serviços de HIV e SSR. Além disso, esforços foram feitos para garantir que os serviços de saúde se tornassem mais acolhedores e acessíveis as PCs, reduzindo assim o estigma e a discriminação que eles enfrentam.

A tabela abaixo mostra o histórico de intervenção da MSF.

Tabela 1 Histórico do projecto de intervenção do MSF sobre o HIV/SIDA em Moçambique e na Beira

ANO	INTERVENÇÃO
2014	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Início da intervenção do MSF sobre o HIV na província de Sofala, Moçambique, com o “Projecto Corredor”.
2015	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A MSF começou a intervir em dois Centros de Saúde Primários (CSP) - Munhava e Ponta-Gêa - apoiando o MISAU na implementação de actividades específicas relacionadas ao HIV, incluindo monitoramento de rotina da Carga Viral (CV) e gestão de farmácia, visando a população - chave (PC).
2017	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O “Projecto Corredor” evoluiu para fornecer um pacote de qualidade e personalizado de prevenção e tratamento do HIV, bem como serviços de SSR para população - chave (PC); ▪ Início das actividades relacionadas com DAH na sala de observação do Hospital Central da Beira (HCB); ▪ Início do apoio ao CSP da Munhava em actividades avançadas de HIV.
2018	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Introduziu treinamento em workshop como parte de uma iniciativa de capacitação. O projecto de Mentoria, inicialmente começado pelo projecto, foi ampliado ao longo de vários anos para envolver vários CSPs. No entanto, o MISAU enfrentou desafios na incorporação desses serviços.
2019	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Treinamento no local de trabalho para os clínicos do MISAU no balcão único para DAH (menos engajamento); ▪ Início do apoio ao CSP de Ponta-Gêa (PG) nas actividades de DAH; ▪ Mobilização comunitária e clínicas comunitárias para melhorar a ligação da população - chave aos CSPs; ▪ Início do suporte clínico, laboratorial e farmacológico para pacientes com TB-MR.
2020	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Início de uma intervenção com abordagem <i>Light</i> em Ponta Gêa, levando a uma Mentoria piloto de DAH na Ponta-Gêa e Chingussura.
2021	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alteração do nome do projecto de Projecto Corredor para PROJECTO DA BEIRA - População Vulnerável Chave e População Geral para serviços de HIV/TB e SSR; ▪ Expansão do projecto de Mentoria, planejamento para incluir mais 9 centros de saúde e integração da Mentoria como parte integrante do projecto de descentralização dos serviços de DAH, SSR e PC.

ANO	INTERVENÇÃO
2024	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avaliação do componente mentoria de descentralização do HIV do PROJECTO DA BEIRA.

DESCENTRALIZAÇÃO DO PROJECTO DA BEIRA

Quadro conceptual da descentralização

a. Definição de descentralização

A descentralização pode ser entendida de duas maneiras: como um estado estático de ser descentralizado, ou como um processo dinâmico de se tornar descentralizado. Em termos gerais, refere-se à transferência de autoridade e responsabilidade por funções públicas de um governo central para órgãos governamentais de nível inferior ou quase independentes, ou mesmo para o sector privado. Tradicionalmente, a descentralização se concentra em transferir poder, responsabilidade e recursos dos governos centrais para os locais, desempenhando um papel crucial na formação do relacionamento entre os dois. Em um contexto mais moderno, a descentralização envolve a transferência de autoridade administrativa — como planeamento, tomada de decisão e arrecadação de receitas — dos governos centrais para instituições provinciais, autoridades locais, unidades federais, instituições públicas semiautónomas, órgãos profissionais e organizações voluntárias fora da administração formal [6].

b. Descentralização no sector da saúde

No sector de saúde, a descentralização envolve a redistribuição de planeamento, gestão, tomada de decisão e recursos do nível nacional para os níveis regional, distrital ou local. Isso geralmente inclui delegar responsabilidades para prestação de assistência médica, alocação de recursos e implementação de políticas para entidades subnacionais ou comunitárias. O objectivo é aumentar a capacidade de resposta, eficiência e equidade dos sistemas de assistência médica.

c. Descentralização dos serviços de HIV/SIDA

Quando aplicada ao HIV/SIDA, a descentralização se refere à transferência de serviços essenciais — como testes, tratamento e cuidados para o HIV — de instalações especializadas e centralizadas para ambientes de assistência médica primária mais acessíveis e organizações comunitárias. Isso geralmente envolve "transferência de tarefas", em que provedores especializados transferem certas responsabilidades para clínicos gerais, enfermeiros ou agentes comunitários de saúde. O objectivo é melhorar o acesso a serviços essenciais para o HIV, principalmente em áreas com recursos limitados ou de difícil acesso.

Exemplos de descentralização nos serviços de HIV incluem:

- Oferecer testes de HIV, aconselhamento, início de tratamento e atendimento ambulatorio contínuo em clínicas de atenção primária à saúde;
- Transferir o monitoramento estável de pacientes com HIV e a reposição de medicamentos para ambientes comunitários;

- Capacitar e treinar agentes comunitários de saúde para fornecer educação sobre HIV, apoio e vinculação aos cuidados;
- Integrar serviços de HIV com outros serviços de saúde primários, como saúde reprodutiva e saúde materno-infantil.

d. Finalidade da descentralização do PROJECTO DA BEIRA

Em Moçambique, há uma alta prevalência de HIV tanto na população em geral quanto especialmente entre PC. Até 2020, a maioria dos diagnósticos de HIV ocorriam no estágio de DAH, resultando em alta morbidade e mortalidade devido à detecção em estágio tardio. Vários factores contribuíram para essa situação, incluindo um sistema de saúde enfraquecido por décadas de guerra civil, a devastação causada pelos ciclones Idai e Kenneth e graves inundações em 2019. A pandemia da COVID-19 sobrecarregou ainda mais a já frágil infra-estrutura da saúde, limitando significativamente o acesso a serviços essenciais de saúde.

No nível periférico, serviços específicos enfrentaram limitações, levando a atrasos no diagnóstico e gestão de casos de DAH. Esses atrasos frequentemente resultavam em pacientes chegando aos centros de saúde tarde demais para tratamento eficaz. Os serviços mais impactados incluíam aqueles relacionados ao cuidado de DAH, assistência médica para o PC e serviços abrangentes de SSR, incluindo atendimento de aborto seguro e suporte para mulheres sobreviventes de violência sexual.

Além do propósito da Mentoria na descentralização dos serviços de DAH, SSR e PCs nos centros de saúde primários, a estratégia de saída e o planejamento de transferência também faziam parte do propósito da implementação da Mentoria.

A estratégia de descentralização do PROJECTO DA BEIRA

A descentralização da componente mentoria se concentra principalmente na transferência de perícia técnica, capacitação da equipa do centro de saúde (CS) e conscientização sobre como os serviços impactam a vida dos pacientes. Em vez de fornecer serviços médicos directo, a MSF se concentrou na capacitação e na oferta de apoio logístico e de suprimentos médicos direccionados a 10 CS seleccionados na Beira: Cerâmica, Chingussura, Inhamizua, Macurungo, Manga Loforte, Marrocanhe, Mascarenhas, Nhaconjo, Nhangau e Ponta-Gêa.

A capacitação tem sido um foco central em todas as componentes de Mentoria para garantir a entrega contínua de serviços de alta qualidade. No entanto, esforços anteriores para aprimorar as habilidades e o desempenho dos profissionais de saúde por meio de métodos tradicionais baseados em sala de aula tiveram sucesso limitado. Em resposta, o projecto mudou para um modelo descentralizado, com foco no aprendizado baseado no local de trabalho (WBL). As evidências mostram cada vez mais que o aprendizado no local de trabalho é significativamente mais eficaz do que os métodos convencionais de educação [7 – 10].

A aprendizagem no local de trabalho integra cenários do mundo real que promovem o engajamento activo, a resolução de problemas e práticas reflexivas. Estudos demonstram consistentemente que a

WBL leva a uma maior retenção de conhecimento e habilidades, pois incentiva o "aprender fazendo" e a aplicação de conceitos teóricos directamente em ambientes práticos. Este método promove habilidades críticas como tomada de decisão, colaboração e adaptabilidade — habilidades que são desafiantes de desenvolver em ambientes de sala de aula [11].

Por exemplo, estratégias de melhoria do desempenho dos profissionais de saúde, particularmente em países de baixa e média renda, mostraram que métodos tradicionais, como simplesmente distribuir directrizes escritas, muitas vezes não conseguem melhorar a aplicação e as habilidades no mundo real. Em vez disso, abordagens que combinam treinamento, supervisão e resolução de problemas em grupo podem produzir melhorias mais substanciais e duradouras. Práticas reflexivas dentro da aprendizagem baseada no local de trabalho (WBL) melhoram ainda mais esses resultados ao envolver continuamente os alunos na integração de suas experiências e promover um processo de aprendizagem mais dinâmico, inclusivo e eficaz [7-10].

A componente mentoria da descentralização foi projectada com essa abordagem em mente, integrando treinamento, Mentoria e supervisão para aprimorar o conhecimento, as habilidades e as atitudes dos profissionais de saúde usando uma metodologia de aprendizagem de adultos centrada na equipa. A componente mentoria foi implementada entre Maio de 2021 e Setembro de 2023 em todos os 10 CS e consistiu em pacotes de treinamento com foco em serviços amigáveis ao PC, SSR e cuidados DAH. Foi estruturado para durar seis meses em cada CS, passando por cinco fases e visando a equipa clínica, bem como os profissionais de apoio ao paciente. Desde o início da componente mentoria da descentralização do HIV, 124 profissionais de saúde participaram integralmente como mentorados.

De acordo com a MSF, após a conclusão da componente mentoria da descentralização do DAH, em Setembro de 2023, a descentralização do projecto foi totalmente concluída em meados de 2024. O suporte contínuo e sob demanda para os 10 centros de saúde (CS) continuará, com colaboração sustentada com actores comunitários. Além disso, a MSF fornecerá assistência contínua ao MISAU na implementação das directrizes do DAH, SSR e PC no nível de atenção primária à saúde, garantindo a integração contínua desses serviços críticos no sistema de saúde.

As cinco fases da componente mentoria da descentralização do DAH incluíram:

1. **Fase de pré-mentoria (2 - 4 semanas):** foi realizada uma avaliação das necessidades e dos recursos disponíveis para adaptar a Mentoria ao contexto específico de cada CS.
2. **Fase de treinamento em sala de aula (3 - 5 dias):** Sessões de treinamento direccionadas sobre SSR, cuidados favoráveis a PC, DAH e serviços laboratoriais foram ministradas para equipar a equipa com conhecimento essencial.
3. **Fase de mentoria (4 - 14 semanas):** Mentoria diária (lado a lado em uma sala de consulta com um clínico/mentor experiente) estava disponível para ajudar os mentorados a aplicar seus conhecimentos recém-adquiridos na prática, criando assim um ambiente de aprendizagem prático e de apoio.

4. **Fase de acompanhamento (3 - 6 meses):** supervisão contínua foi fornecida por meio de discussões semanais de casos, sessões mensais de feedback e suporte remoto, conforme necessário.
5. **Fase de replicação:** nesta fase final, mentorados promissores foram seleccionados para participar de um workshop de 'Treinamento de Treinadores .' Esses novos mentores então replicarão o processo de Mentoria em outras unidades de saúde.

Actividades incluídas na descentralização no PROJECTO DA BEIRA

A descentralização foi estruturada em torno das seguintes actividades principais:

- **Treinamento, supervisão e Mentoria da equipa de saúde:** os profissionais de saúde dos 10 centros seleccionados receberam treinamento contínuo e Mentoria no local, ajudando-os a desenvolver habilidades em gestão de DAH, serviços de SSR e cuidados amigáveis a PC. A supervisão contínua garantiu que os padrões de qualidade fossem mantidos, e a equipa recebeu apoio na implementação de novas práticas.
- **Apoio logístico:** Além do treinamento, o projecto forneceu apoio logístico essencial, incluindo:
 - Reabilitação de instalações de saúde para criar ambientes seguros, higiénicos e funcionais para a prestação de serviços;
 - Gestão eficaz da cadeia de suprimentos e aquisição para garantir disponibilidade consistente de suprimentos médicos, incluindo diagnósticos e tratamentos para infecções oportunistas (IOs), terapia anti-retroviral (TARV) e produtos de SSR;
 - Actividades de água, saneamento e higiene (WASH) para garantir melhorias básicas na infra-estrutura para água limpa e saneamento adequado, que são vitais para manter a qualidade dos serviços de saúde.

Esta abordagem visava descentralizar os serviços de saúde, melhorar o acesso aos cuidados e aliviar a pressão sobre as unidades de saúde centralizadas, tornando os serviços essenciais mais disponíveis no nível de cuidados de saúde primários. Uma estratégia interessante foi o uso de clínicas móveis ('brigadas móveis'), que forneciam cuidados médicos a PCs e àqueles que viviam em áreas remotas/de difícil acesso. Essas clínicas móveis ofereciam uma maneira adicional para os profissionais de saúde trabalharem com os membros da PC como agentes comunitários de saúde e alcançarem indivíduos que, de outra forma, enfrentariam barreiras para acessar os cuidados em centros de saúde. Com o tempo, a consistência dessas visitas às clínicas móveis ajudou a promover um senso de confiança entre a PC e os profissionais de saúde. Alguns pacientes, reconhecendo a natureza acolhedora desses profissionais, mais tarde procuraram atendimento em centros de saúde para se reconectarem com a equipa que conheceram por meio das unidades móveis. Esta foi uma parte fundamental da 'Mentoria' dos profissionais de saúde, imergindo-os na realidade das vidas que os trabalhadores de sexo e outras PCs vivem na Beira. Os educadores de pares desempenharam um papel essencial na conexão das comunidades com os serviços/profissionais de saúde para a construção de confiança.

ÂMBITO DE AVALIAÇÃO

Esta avaliação afere a componente mentoria da descentralização dos serviços de DAH, SSR e PCs implementados em dez unidades de saúde primárias na Cidade da Beira, Moçambique, de 2021 a 2023. O foco está em compreender a eficácia e o impacto da componente mentoria na melhoria da prestação de serviços para DAH, SSR e serviços amigáveis para PC, juntamente com o apoio logístico.

O **avaliando é a componente mentoria da descentralização dos serviços de HIV e SSR em unidades de saúde primárias**. A definição do avaliando exigiu discussões profundas entre a equipa de avaliação e o grupo de consultoria. As discussões com o grupo de consultoria de avaliação (CG) foram completas e colaborativas, reflectindo um compromisso de alcançar um entendimento compartilhado do avaliando. Essas discussões envolveram várias reuniões nas quais os membros do CG e a equipa de avaliação se envolveram em diálogos abertos, compartilhando seus raciocínios e perspectivas sobre a componente mentoria da descentralização dos serviços de HIV e saúde sexual e reprodutiva (SSR) em unidades de saúde primária (centros de saúde). O grupo também considerou brevemente a componente logística da descentralização, embora isso tenha recebido menos ênfase. Entrevistas iniciais com membros do grupo de consultoria durante a fase de início desempenharam um papel crucial no esclarecimento do avaliando, ajudando a alinhar as perspectivas e expectativas de todos para a avaliação. Por meio do diálogo iterativo, a equipa de avaliação refinou a definição do avaliando, garantindo que ele capturasse com precisão o foco central da avaliação, ao mesmo tempo em que abordava os diversos pontos de vista de todas as partes interessadas envolvidas nas discussões. Esse processo não apenas promoveu o consenso, mas também fortaleceu a base para um processo de avaliação abrangente e significativo.¹

A avaliação foi orientada pelas seguintes questões-chave, derivadas do modelo lógico descrito acima:

Pergunta 1: Em que medida a componente mentoria da descentralização do HIV foi relevante e apropriado?

Pergunta 2 : Até que ponto a componente mentoria da descentralização do HIV foi eficaz ?

Pergunta 3: Em que medida a componente mentoria da descentralização do HIV influenciou contribuições maiores, percebidas por diferentes partes interessadas?

Pergunta 4: Até que ponto a componente mentoria da descentralização do HIV foi coerente dentro do seu contexto mais amplo?

Pergunta 5: Até que ponto o componente mentoria da descentralização do HIV é replicável?

A Matriz de Avaliação (Anexo II) elabora as questões de avaliação com mais profundidade e apresenta subquestões (questões de investigação que ajudam a responder às principais questões de avaliação). O modelo lógico da avaliação apresentado abaixo descreve a situação inicial que justifica a implementação da Mentoria, bem como todo o processo de descentralização e sua cadeia de resultados.

¹ A mentoria no processo de descentralização do projecto HIV da Beira é referida ao longo deste documento como a componente mentoria da descentralização do HIV, ou apenas a "componente de mentoria".

SITUAÇÃO

Elevado número de AHDs que chegar atrasados dos centros de saúde devido a falta de capacidade de gestão

Acesso limitado a f/u pós-alta adequado de AHD em centros de saúde

É necessário melhorar a prestação de cuidados de SSR nas CSs

Garantir o atendimento adequado ao KP nas CSs

Conhecimento limitado da equipa da CS

ENTRADAS

Disponibilidade de modelo de programa de mentoria

mentores

Locais de CSs

Financiamentos

DADOS

- análise de documentos (diretrizes da MSF, diretrizes nacionais, documentos de planeamento do projeto, SOP)
- mortes de pessoal dasoal da MSF, CS, MISAU

ACTIVIDADES

(A) Programa de mentoria:
- adaptação do modelo de MSF
- avaliação das necessidades
- mentores formados e identificados
- mentorandos identificados
- programa de formação implementado
- supervisão f/u efectuada

(B) Apoio logístico
- assegurar a disponibilidade de medicamentos, instrumentos de registo e diagnóstico
- apoiar o diagnóstico laboratorial da tuberculose

DADOS

- Revisão de documentos (documentação do projeto, relatório de visitas no terreno, relatórios mensais e trimestrais)
- Kits de mentores, mentorandos, pessoal dos MSF.

RESULTADOS

- Implementação em 10 centros de saúde
- Número de mentorandos que completam o programa
- 100% de pré e pós-testes concluídos

- Diminuição das rupturas de stock
- Construção de salas de exame privadas no hospital
- Apoio ao laboratório de tuberculose

DADOS

- Revisão de documentos (relatórios de cursos de formação, reuniões, visitas f/u)
- FGDs com mentores, mentorandos, pessoal do CS

RESULTADOS (CURTO PRAZO)

- Aumento da satisfação do mentorando
- Aumento dos conhecimentos do mentorando
- Mudança de comportamento do mentorando
- Satisfação do mentor

DADOS

Comparação de dados pré-pós-teste
- Mortes de mentores e mentorandos

RESULTADOS (MÉDIO PRAZO)

- Aumento da satisfação dos pacientes
- >90% dos casos de VIH+ com CD4<200 têm TB LAM
- >90% dos casos de VIH+ com CD4<200 têm CrAg
- >90% dos pedidos de TOP <12 semanas de gravidez são efectuados nos CSP
- 100% das mulheres têm acesso a cuidados pós-aborto
- >50% das sobreviventes de SGBV completam o calendário F/U em 6 meses

DADOS

- FGDs
- revisão de documentos (relatórios trimestrais em que são comunicados dados OPENMRS)

RESULTADOS (LONGO PRAZO)

Diminuição da morbilidade e da mortalidade nos KVP e na população geral da Beira

Diminuição da incidência do VIH nos KVP e na população geral da Beira

DADOS

- TBD (indicadores de publicidade disponíveis)

PRESSUPOSTOS

- A mentoria conduzirá ao reforço de competências, o que conduzirá a resultados clínicos mensuráveis
- Os CS têm pessoal suficiente que está motivado para ser mentorado
- Os mentorandos permanecem nos CS/funções após o fim da mentoria
- O programa foi implementado como planeado em todos os 10 CS
- O apoio do MISAU é continuado
- Não há atrasos na importação e distribuição de medicamentos
- A introdução de dados está concluída e os dados estão disponíveis para análise

LIMITE MÁXIMO DE RESPONSABILIDADE

Figura 1 Modelo lógico da componente mentoria da descentralização do HIV

METODOLOGIA

A avaliação da componente mentoria da descentralização do HIV na Beira, Moçambique, aplicou uma abordagem de métodos mistos, combinando colecta e análise de dados quantitativos e qualitativos. Esta abordagem foi seleccionada para fornecer uma compreensão completa da eficácia da componente mentoria dentro da estratégia de descentralização mais ampla.

Uma abordagem de estudo de caso foi escolhida especificamente para explorar as complexidades da implementação da componente mentoria da descentralização do HIV, fornecendo visões profundas sobre o "como" e o "porquê" por trás de sua implementação. Este método permitiu uma compreensão mais rica de experiências do mundo real, permitindo que a equipa de avaliação identificasse factores que influenciaram algum feedback positivo e resultados em diversas unidades de saúde, bem como os desafios encontrados em cada contexto diferente. Tal profundidade de exploração teria sido difícil de ser alcançada por meio de outros métodos, como análises de contribuição ou colecta de resultados. Além disso, a abordagem de estudo de caso se beneficiou da integração de dados qualitativos com análise quantitativa de dados secundários, o que permitiu que tal avaliação de metas estabelecidas fosse cumprida. Esta combinação de dados qualitativos e quantitativos também facilitou a triangulação com outras fontes de dados, aumentando a robustez das descobertas.

COLECTA DE DADOS

A colecta de dados foi realizada on-line e presencialmente em Beira, Moçambique.

Colecta de dados on-line

Durante a avaliação, nove entrevistas on-line foram conduzidas para reunir conhecimentos valiosos dos participantes, principalmente dos níveis de projecto e estratégicos dentro do MSF (Sede do OCB e SAMU). Essas entrevistas foram realizadas por meio de uma plataforma de videoconferência segura (MS Teams), oferecendo flexibilidade no agendamento e garantindo o conforto dos participantes. Cada sessão durou entre 40 a 60 minutos, com foco nas perspectivas e experiências dos participantes em relação ao design, implementação e desempenho da componente mentoria da descentralização do HIV. O formato de entrevista semiestruturada encorajou discussões abertas, ao mesmo tempo em que permitiu a exploração aprofundada de tópicos-chave. O formato on-line também permitiu o acesso a um grupo diversificado de participantes que não puderam ser contactados durante as visitas de campo, contribuindo, em última análise, para um conjunto de dados mais rico e abrangente para análise.

Colecta de dados no campo

De 10 a 26 de Agosto de 2024, um membro da equipa de avaliação colaborou com representantes da MSF na Beira para realizar a colecta de dados presencial.

a. Objectivos principais da visita de campo

- **Compreender a componente mentoria da descentralização do HIV:** nosso objectivo era obter uma compreensão abrangente de como a componente mentoria foi implementada na Beira.

Isso incluiu analisar as estratégias e adaptações implementadas para se adequar ao contexto local. Também nos concentramos em como a Mentoria facilitou a transferência de habilidades e delegou responsabilidades às clínicas locais, melhorando tanto a eficácia quanto a acessibilidade do atendimento.

- **Reunir diversas perspectivas e feedback:** buscamos colectar feedback de uma ampla gama das partes interessadas, incluindo representantes da MSF e do MISAU, mentores, mentorados, membros da comunidade e profissionais de saúde. Ao reunir visões sobre suas expectativas, experiências e desafios, buscamos avaliar o impacto geral do projecto de Mentoria por meio de relatos em primeira mão de seus sucessos, obstáculos e áreas possíveis para melhoria.

b. Actividades de visita de campo

- **Chave aprofundada (IDIs):** 43 IDIs foram conduzidos com as principais partes interessadas, incluindo representantes do MSF e do MISAU, e mentores envolvidos em áreas como cuidados DAH, saúde sexual e reprodutiva (incluindo cuidados de aborto seguro), intervenções de violência baseada no género, melhores práticas laboratoriais e estratégias para melhorar o acesso à saúde e a retenção no atendimento para PCs. Essas entrevistas forneceram pensamentos valiosos sobre as estratégias de Mentoria usadas em vários domínios da saúde.
- **Discussões de Grupo Focal (FGDs):** quatro FGDs foram conduzidas com mentorados de centros de saúde locais, incluindo Nhaconjo, Macurungo, Chingussura, Manga Loforte, Ponta-Gêa e Manga Mascarenhas. Cada FGD reuniu mentorados de diferentes clínicas e formações profissionais, como técnicos de laboratório, enfermeiros que fornecem cuidados de aborto seguro e provedores de cuidados DAH, promovendo um espaço para diálogo colaborativo. Um total de 28 mentorados participaram, compartilhando diversas perspectivas sobre suas experiências de Mentoria, a integração de serviços e o impacto mais amplo na prestação de cuidados de saúde. Além disso, um FGD foi realizado com 11 activistas comunitários da ONG Takaezana, um parceiro local da MSF que trabalha com PCs, defendendo seus direitos e apoiando seu acesso e retenção em serviços de saúde.
- **Observações estruturadas:** As observações foram conduzidas em 10 centros de saúde (por exemplo, Chingussura, Nhaconjo, Macurungo, Marrocanhe, Inhamizua, Cerâmica, Nhangau, Ponta Gêa, Manga Loforte e Manga Mascarenhas) durante as manhãs dos dias úteis. Seguindo uma abordagem estruturada, avaliamos o ambiente físico, o fluxo de pacientes e a integração de práticas de Mentoria nas operações diárias. Essas observações ofereceram uma avaliação no local de como a componente mentoria da descentralização do HIV foi integrada — ou, em alguns casos, não totalmente integrada — nas actividades diárias de cada centro de saúde. Um breve relatório de cada observação está incluído no final deste relatório.

Análise de dados secundários

Inclui os seguintes conjuntos de dados : (a) **Banco de dados de mentorados** – Este banco de dados contém informações detalhadas sobre cada mentorado que participou da Mentoria, incluindo detalhes de inscrição, pontuações pré e pós-teste e observações do mentor registradas em três

pontos-chave; (b) **Dados de monitoramento do projecto** – Esses dados são compilados a partir de ferramentas de monitoramento do projecto e relatados nos relatórios trimestrais, oferecendo conhecimentos adicionais sobre a implementação e o progresso da Mentoria.

TÉCNICAS DE AMOSTRAGEM

Métodos de amostragem proposital e em bola de neve foram empregues para garantir a inclusão de participantes com as experiências e conhecimentos mais relevantes. A amostragem proposital foi usada para identificar estrategicamente indivíduos-chave que poderiam oferecer perspectivas críticas sobre a Mentoria, enquanto a amostragem em bola de neve facilitou a identificação de participantes adicionais por meio de referências de informantes iniciais. Essa abordagem combinada permitiu a colecta de dados diversos e aprofundados, aumentando a riqueza e a credibilidade das descobertas qualitativas, ao mesmo tempo em que garantiu uma compreensão abrangente do impacto da Mentoria. Os entrevistados foram gradualmente adicionados até que a saturação teórica das informações fosse obtida.

ANÁLISE DE DADOS

Para análise de dados **qualitativos**, uma abordagem de análise temática foi empregue para identificar, analisar e relatar padrões dentro dos dados. Primeiro, todas as entrevistas, grupos focais e notas observacionais foram sistematicamente revisadas e codificadas para identificar temas e subtemas recorrentes. Técnicas de codificação indutivas e dedutivas foram usadas, com alguns códigos emergindo directamente dos dados (indutivos) e outros baseados em estruturas pré-estabelecidas relacionadas à Mentoria, prestação de cuidados de saúde e integração de serviços (dedutivos). Os dados foram então organizados em categorias que se alinhavam com os objectivos de estudo, permitindo visões mais profundas sobre a eficácia da Mentoria e seu impacto nos resultados dos pacientes. Ao longo do processo, a triangulação foi aplicada por meio de referências cruzadas de dados de diferentes fontes (entrevistas, grupos focais e observações) para garantir validade e confiabilidade. Essa análise rigorosa forneceu uma compreensão rica e diferenciada da implementação e dos resultados da Mentoria, contribuindo para recomendações accionáveis para intervenções futuras.

Foram utilizados dados **quantitativos** para construir os seguintes indicadores, com o objectivo de avaliar os resultados e efeitos específicos do componente mentoria na descentralização do HIV.

Resultado: A participação média dos mentorados na componente de Mentoria, relatada por cada centro de saúde e por Mentoria específica: PC, DAH, SSR.

Resultado a curto prazo – mudança no conhecimento do mentorado: Isso foi avaliado usando dois indicadores-chave. O primeiro foi uma pontuação de ganho, calculada como a diferença percentual entre o pré-teste administrado antes do início da Mentoria e o pós-teste feito após a conclusão do treinamento. O segundo indicador foi a pontuação de impacto global, que representou a melhoria percentual no desempenho de um mentorado em vários tópicos, conforme avaliado por um mentor

em vários pontos ao longo do treinamento (com base nas grades de avaliação). Essas pontuações foram analisadas posteriormente por centro de saúde e tipo de Mentoria (PC, DAH, SSR) para capturar tendências e percepções específicas.

Resultados a médio prazo: os cinco resultados de médio prazo são baseados nos indicadores do quadro lógico original do PROJECTO DA BEIRA e correspondem ao resultado esperado. Esses resultados incluem:

- Percentagem de casos de HIV (+) com CD4 <200 que fizeram TB LAM;
- Percentagem de casos de HIV (+) com CD4 <200 que fizeram CrAg;
- Percentagem de solicitações de SAC < 12 semanas de gestação que são realizadas na CSP;
- Percentagem de mulheres que procuram atendimento pós-aborto e têm acesso ao serviço;
- Percentagem de sobreviventes de VSBG que concluem o calendário de acompanhamento dentro de 6 meses.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Considerações éticas foram centrais para o processo de avaliação, garantindo que os direitos, a dignidade e a confidencialidade de todos os participantes fossem protegidos. Os avaliadores aderiram às Directrizes Éticas do SEU, enfatizando a importância da integridade ética, particularmente ao se envolver com grupos vulneráveis, como sobreviventes de violência sexual.

Várias salvaguardas éticas foram implementadas:

- **Consentimento informado:** Todos os participantes foram totalmente informados sobre o propósito da avaliação, seu papel no processo e seu direito de se retirar a qualquer momento sem penalidade. O consentimento verbal foi obtido antes do início de qualquer actividade de colecta de dados;
- **Confidencialidade:** Medidas foram tomadas para garantir que as identidades dos participantes e as informações que eles compartilharam permanecessem confidenciais. Os dados foram anonimizados durante o processo de análise, e o acesso a informações sensíveis foi restrito apenas a membros autorizados da equipa de avaliação;
- **Sensibilidade na colecta de dados:** Dada a natureza dos tópicos discutidos — especialmente aqueles relacionados as populações vulneráveis, como PC e sobreviventes de violência sexual — foi tomado cuidado especial para criar um ambiente seguro e respeitoso durante IDI e FGD. Para reforçar o princípio de "não causar dano", os tipos de perguntas feitas foram cuidadosamente elaborados para evitar re-traumatização ou sofrimento. Isso envolveu evitar detalhes intrusivos ou gráficos de eventos traumáticos, usar linguagem neutra e empática e permitir que os participantes pulassem quaisquer perguntas que achassem desconfortáveis. Além disso, a profissional responsável por IDI e FGDs é uma psicóloga clínica com treinamento em abordagens informadas sobre traumas, permitindo que ela reconheça sinais de sofrimento e forneça apoio apropriado ou peça encaminhamentos quando necessário. Essas medidas garantiram que os participantes se sentissem confortáveis em compartilhar suas experiências sem medo de julgamento ou repercussão e que seu bem-estar emocional fosse priorizado durante todo o processo de colecta de dados.

Em resumo, a abordagem de métodos mistos, integrando tanto percepções qualitativas quanto métricas quantitativas, ofereceu uma avaliação abrangente da eficácia do componente mentoria na descentralização do HIV. A abordagem do estudo de caso permitiu um exame mais detalhado da sua implementação, enquanto entrevistas com informantes-chave, discussões em grupos focais e observações no local contribuíram para uma compreensão mais ampla da sua influência na prestação de cuidados de saúde. Esta estrutura metodológica forneceu descobertas credíveis e percepções úteis para as partes interessadas que procuram melhorar, aperfeiçoar ou, potencialmente, expandir intervenções semelhantes no futuro.

LIMITAÇÕES

Apesar da abordagem robusta de métodos mistos usada nesta avaliação, diversas limitações na colecta e análise de dados podem influenciar os resultados gerais e podem introduzir potenciais vieses.

LIMITAÇÕES DA COLETA DE DADOS

Viés de amostragem: O uso de amostragem proposital, embora eficaz para atingir participantes bem informados, pode introduzir viés de selecção. Se certas perspectivas forem super ou sub-representadas, isso pode distorcer as descobertas, limitando a generalização dos resultados. Uma estratégia de recrutamento diversificada foi implementada, incorporando vários caminhos de referência para garantir uma ampla gama de perspectivas e origens entre os participantes. Isso incluiu referências de equipas da MSF, que forneceram acesso a indivíduos já envolvidos com actividades da MSF na Beira; referências de profissionais de saúde, que puderam identificar participantes com experiências específicas relevantes para a componente mentoria da descentralização do HIV, e referências de representantes de PC e ONGs, que agiram como intermediários confiáveis para alcançar grupos marginalizados, como trabalhadores de sexo, HSH e pessoas que usam drogas. Além disso, a colecta aleatória de dados foi conduzida em cada clínica visitada, seleccionando participantes de diversas origens e frequentadores da clínica para capturar experiências comunitárias mais amplas. Ao combinar esses métodos, o processo de recrutamento teve como objectivo minimizar o viés de selecção e aumentar a generalização dos resultados, garantindo que uma gama abrangente de vozes fosse representada.

Dados auto relatados: confiar em dados auto relatados em entrevistas e grupos focais pode levar ao preconceito de desejabilidade social, onde os participantes podem fornecer respostas que eles percebem como favoráveis em vez de reflectir suas verdadeiras experiências. Isso pode afectar a precisão dos sentimentos sobre a qualidade do serviço e as interacções cliente-provedor. A colecta de dados anónimos foi feita junto com as entrevistas para encorajar a honestidade, reduzindo o preconceito de desejabilidade social e melhorando a precisão das respostas dos participantes.

LIMITAÇÕES DA QUALIDADE DOS DADOS

Inconsistências na entrada de dados: A variabilidade na entrada de dados no banco de dados de mentorados pode afectar a integridade dos dados. Erros durante a entrada ou limpeza de dados e entrada de dados incompleta podem resultar em imprecisões na análise quantitativa. Isso pode dificultar a capacidade de avaliar completamente a eficácia da componente mentoria da descentralização do HIV. Para minimizar o preconceito, usamos a abordagem de análise de caso completo, em que observações com informações incompletas não foram incluídas no conjunto de dados analíticos.

ACESSO A FONTES DE DADOS

Acesso restrito a grupos vulneráveis: Dificuldade no acesso de certas populações vulneráveis, como sobreviventes de violência sexual, ou PC pode resultar em uma falta de diversas perspectivas, potencialmente distorcendo as descobertas. Colaborar com líderes de organizações comunitárias locais ajudou a estabelecer confiança e ofereceu uma oportunidade de falar com membros do PC. Nesses tipos de situações difíceis, colaborar com líderes de CBOs do sector PC pode facilitar o acesso e promover a participação na avaliação.

Disponibilidade limitada de documentação: embora uma biblioteca de documentos tenha sido estabelecida, os desafios na obtenção de todos os documentos ou relatórios relevantes podem ter dificultado uma análise abrangente do contexto e da implementação da componente mentoria da descentralização do HIV. Essa limitação foi baixa, pois a maioria dos documentos do projecto foi fornecida pela MSF.

POSSÍVEL PRECONCEITOS ASSOCIADO À INTERPRETAÇÃO

Essas limitações podem introduzir viés que afectam as conclusões da avaliação:

- **Sobre representação de resultados positivos:** Participantes com experiências favoráveis podem ter mais probabilidade de participar de entrevistas ou grupos focais, levando a uma visão excessivamente otimista da eficácia da componente mentoria da descentralização do HIV. Além disso, informantes-chave do sector governamental não foram entrevistados, pois o trabalho de campo coincidiu com um período eleitoral. Durante esse período, muitas posições de liderança governamental estavam em transição, com líderes em exercício envolvidos em actividades relacionadas a eleições ou em reuniões com autoridades ingressando. Como resultado, foi desafiador garantir sua participação, e presume-se que algumas perspectivas divergentes, particularmente aquelas que podem não estar alinhadas com os resultados favoráveis, podem ter sido perdidas, constituindo uma limitação.
- **Subnotificação de desafios:** os participantes podem relutar em discutir experiências negativas ou dificuldades encontradas durante a Mentoria, resultando em um entendimento incompleto das áreas que exigem melhorias. Um espaço seguro para os participantes sempre foi criado, enfatizando a confidencialidade, e avisos direccionados foram usados para encorajar discussões abertas sobre experiências negativas e desafios enfrentados.
- **Viés de interpretação de dados:** A variabilidade na forma como os avaliadores interpretam dados qualitativos pode introduzir subjectividade, particularmente se não houver protocolos

padronizados para codificação e análise de respostas. Implementamos protocolos de codificação padronizados e utilizamos uma verificação cruzada regular entre os membros da equipa de avaliação para aumentar a objectividade na análise de dados qualitativos, garantindo uma interpretação mais consistente nas respostas.

Apesar das limitações identificadas, acreditamos que as descobertas gerais permanecem robustas devido à estratégia de métodos mistos, que integrou dados qualitativos e quantitativos, aumentando a credibilidade dos resultados. O uso de diversas fontes de dados — como entrevistas, grupos focais, observações de locais e métricas quantitativas — permitiu a triangulação, garantindo que potenciais vieses de qualquer método ou fonte única fossem mitigados. Esse rigor metodológico, combinado com a forte variabilidade de participantes e perspectivas, fornece confiança de que as conclusões da avaliação reflectem com precisão a eficácia e o impacto da componente mentoria da descentralização do HIV.

CONSTATAÇÕES

RELEVÂNCIA

LACUNAS DE CAPACIDADE IDENTIFICADAS

Várias lacunas no acesso a serviços de saúde de qualidade no nível primário (centros de saúde) foram identificadas, destacando a necessidade da componente mentoria como parte da descentralização dos serviços de DAH. Essa Mentoria, o elemento central da intervenção, foi implementada para dar suporte à equipa de saúde, juntamente com melhorias logísticas. As principais lacunas incluem:

- **Diagnóstico tardio de DAH:** um número significativo de pacientes com doença avançada pelo HIV (DAH) chegou a unidades de saúde que não estavam adequadamente equipadas para gerir estes casos e foram encaminhados para o Hospital Central da Beira;
- **Elevada carga de trabalho no HCB:** O Hospital Central da Beira (HCB) enfrentou uma procura irretorquível na gestão de DAH e morbididades relacionadas com o HIV.
- **Serviços limitados após a alta:** o HCB teve dificuldades para fornecer serviços suficientes após a alta para pacientes com DAH;
- **Serviços de SSR que precisam de melhorias:** os centros de saúde primários precisam de melhorias na qualidade dos cuidados em serviços de SSR, particularmente no fornecimento de cuidados de aborto seguro (SAC), cuidados pós-aborto (PAC) e apoio a sobreviventes de VSBG.
- **Necessidade de melhorar o relacionamento entre paciente e provedor:** fortalecer o relacionamento entre paciente e provedor foi essencial para tornar os serviços de saúde mais inclusivos/amigáveis e acessíveis, especialmente para os profissionais de saúde;
- **Baixa capacidade nos centros de saúde:** os centros de saúde enfrentaram limitações na gestão de DAH, questões de SSR (por exemplo, atendimento de aborto seguro) e serviços para PCs. Essas limitações incluíam lacunas no treinamento de equipa, serviços de laboratório, gestão da cadeia de suprimentos para insumos para DAH e SSR e confidencialidade.

Uma análise de lacunas realizada antes da implementação da Mentoria na Beira destacou a relevância desta abordagem, uma visão ainda mais reforçada pelos representantes do MISAU, como podemos ver na citação abaixo:

“Enfrentamos desafios significativos na resposta nacional ao HIV em Moçambique, especialmente com tantos pacientes chegando ao Hospital Central da Beira (HCB) em estágios avançados do HIV. A taxa de mortalidade era alarmantemente alta, com muitos morrendo poucos dias após a admissão. Essa situação era uma grande preocupação para nós no MISAU, bem como para os profissionais de saúde. Para resolver isso, fizemos uma parceria com a MSF, lançando um programa piloto de mentoria no HCB e no centro de saúde de Munhava. O objectivo era fortalecer nossa capacidade de detectar sinais precoces de HIV avançado e gerir infecções oportunistas de forma mais eficaz. O programa foi bem-sucedido e vimos o potencial de expandi-lo para clínicas locais. Ao fazer isso, buscamos melhorar o diagnóstico e o tratamento precoces, tornando testes como contagem de CD4, carga viral do HIV e exames de TB mais acessíveis no nível da comunidade. Acreditamos que essa abordagem de intervenção precoce pode ajudar os pacientes a controlar o HIV antes que ela progrida para estágios avançados. Para aqueles que já estão em estágios avançados, uma melhor gestão local de infecções oportunistas pode reduzir as hospitalizações e diminuir o risco de morte. A descentralização desses serviços essenciais também aliviaria a grande carga de pacientes no HCB, reduzindo os tempos de espera e aliviando a pressão sobre os profissionais de saúde.”

Representante do MISAU

OBJETIVOS E ACTIVIDADES DA COMPONENTE DE MENTORIA

A componente mentoria da descentralização do HIV focou na transferência de conhecimento técnico e na capacitação da equipa do HC. O objectivo era aumentar a conscientização deles sobre o impacto vital que seus serviços têm na vida dos pacientes. Em vez de fornecer cuidados médicos directos, a MSF mudou seu foco para a capacitação, oferecendo treinamento direccionado, apoio logístico e garantir um fornecimento consistente de recursos médicos para 10 centros de saúde seleccionados na Beira: Nhaconjo, Chingussura, Inhamizua, Ponta-Gêa, Macurungo, Manga Loforte, Mascarenhas, Cerâmica, Nhangau e Marrocanhe.

A componente mentoria teve como objectivo equipar profissionais de saúde locais com as habilidades e recursos necessários para fornecer de forma independente cuidados de alta qualidade às suas comunidades. A componente mentoria abordou especificamente as necessidades das PCs e da população em geral que busca serviços de HIV e saúde sexual e reprodutiva (SSR). Ao capacitar a equipa do HC, a componente mentoria buscou criar melhorias sustentáveis na prestação de cuidados de saúde, garantindo que serviços críticos pudessem continuar a atender às necessidades locais de forma eficaz.

ENGAJAMENTO E APROPRIAÇÃO POR PARTE DAS AUTORIDADES SANITÁRIAS LOCAIS

O engajamento e a propriedade por parte das autoridades de saúde locais são essenciais para o sucesso da componente de Mentoria. Envolver as principais partes interessadas, como o departamento provincial de saúde reprodutiva, o departamento provincial de saúde e o projecto nacional de controle do HIV, promove um senso compartilhado de responsabilidade e comprometimento. No entanto, a avaliação actual reflecte apenas a perspectiva de dois indivíduos do MISAU envolvidos na componente de Mentoria, deixando uma lacuna na compreensão do engajamento e propriedade mais amplos entre outras autoridades de saúde.

Embora a mentoria tenha sido amplamente baseada nas directrizes da MSF (SAMU) e implementada em um modelo de substituição, essa abordagem pode ter limitado as oportunidades de verdadeira co-construção e colaboração com entidades locais. Considerando que a mentoria na gestão de DAH no nível de cuidados primários é relativamente nova, até mesmo em nível global, é essencial construir parcerias robustas que enfatizem o desenvolvimento de competências e habilidades. Uma abordagem combinada, que integre treinamento prático e teórico em doenças infecciosas, ajudaria a garantir que os profissionais de saúde estejam bem preparados e profundamente comprometidos com o sucesso do componente mentoria na descentralização do HIV.

Fortalecer essas parcerias não só aumentará a eficácia da iniciativa de Mentoria, mas também promoverá resultados de saúde sustentáveis dentro da comunidade. Envolver uma gama mais ampla de partes interessadas é essencial para promover um senso de propriedade e garantir que o projecto geral e a componente mentoria sejam sensíveis às necessidades e contextos locais, contribuindo, em última análise, para o sucesso a longo prazo.

ADEQUAÇÃO PELOS PARTICIPANTES DA MENTORIA

A maioria dos mentorados e mentores considerou a Mentoria relevante e alinhada aos desafios específicos que encontraram na prestação de serviços de SSR e DAH. Ela aprofundou sua compreensão de SSR e cuidados avançados de HIV e aumentou sua capacidade de atender às necessidades únicas de populações-chave (PCs). A Mentoria promoveu uma mentalidade e habilidades que melhoraram a colecta do histórico médico, queixas e sintomas dos pacientes, permitindo que os provedores de saúde obtivessem entendimentos mais profundos sobre seu estado de saúde. Isso, por sua vez, facilitou diagnósticos mais precoces e tratamentos ou encaminhamentos mais oportunos quando necessários.

Quando os profissionais de saúde enfrentavam incertezas no diagnóstico, eles eram encorajados a solicitar consistentemente testes de CD4 e encaminhar pacientes com contagens baixas para testes adicionais, como exames de TB e CrAg, para garantir o diagnóstico adequado de DAH e o tratamento de infecções. Estes esforços apoiaram um atendimento mais individualizado e promoveram a confiança entre pacientes e prestadores de cuidados de saúde, conforme reflectido na citação abaixo.

“Antes da mentoria, nosso foco era esvaziar a sala de espera o mais rápido possível para evitar reclamações dos pacientes sobre as longas esperas. No entanto, a mentoria sobre doenças avançadas relacionadas ao HIV (DAH) mostrou-nos que isso era um grande erro. Estávamos perdendo oportunidades cruciais de realmente ouvir os pacientes, compreender seus sintomas e identificar se poderiam estar enfrentando DAH. Agora, após a mentoria, sabemos o que procurar e estamos muito mais atentos ao avaliar pacientes que podem estar nessa fase do HIV. Quando detectamos a condição, solicitamos imediatamente o teste Visitec para verificar se o CD4 está baixo e iniciamos o protocolo completo para triagem de infecções oportunistas. Essa mudança é graças à mentoria – antes, eu nem sabia que DAH existia. Eu costumava pensar que todos os pacientes com HIV eram tratados da mesma forma. Agora, graças à mentoria da MSF, sei que não é assim.”

Mentorado, Centro de Saúde de Manga Loforte

A maioria dos mentorados que receberam treinamento para entender melhor as necessidades únicas das populações-chave (PCs) relataram uma melhora em sua capacidade de fornecer cuidados mais sensíveis e personalizados. O programa de Mentoria também aumentou sua capacidade de fornecer serviços como aconselhamento, teste de HIV, PrEP e outro suporte direcionado. A abordagem de treinamento prático, juntamente com a disponibilidade imediata de supervisores para orientação, desempenhou um papel crucial em ajudar os participantes a aplicar efectivamente suas habilidades recém-adquiridas em ambientes clínicos.

“A mentoria era exactamente o que precisávamos. Ela nos ajudou a nos aprofundar mais no tratamento avançado do HIV e também a entender melhor as necessidades das PCs. Mudamos completamente a forma como avaliamos os pacientes agora – passando mais tempo com eles, fazendo as perguntas certas e sabendo quando encaminhar uma mulher que é trabalhadora de sexo para cuidados sexuais e reprodutivos específicos. Tentamos tornar a consulta mais acolhedora, sabe? Às vezes, elas só precisam de alguém para conversar... Não importa se são trabalhadoras de sexo ou não, elas estão aqui e precisam de cuidados. Aqui, a maioria das mulheres que procuram um aborto seguro são trabalhadoras de sexo ou adolescentes que foram estupradas. É muito triste. Mas a mentoria, a prática e ter um supervisor a apenas um telefonema a distância fizeram uma grande diferença. Realmente melhorou a abordagem da nossa clínica, e eu só queria que pudesse continuar treinando novos funcionários, já que as pessoas vêm e vão com tanta frequência.”

Mentorado, Centro de Saúde de Manga Mascarenhas

De acordo com muitos mentorados, o programa de Mentoria também facilitou a reorganização dos processos de atendimento em muitas clínicas, com áreas separadas e fluxos de pacientes com base em necessidades específicas, como doença avançada por HIV (DAH), gestantes e crianças. Essa reestruturação permitiu mais tempo dedicado a avaliações clínicas e engajamento e prescrição do paciente, garantindo que as circunstâncias únicas de cada paciente fossem consideradas.

"O que realmente se destacou para mim foi o diálogo aberto — foi uma experiência de aprendizado bidireccional. Eu não estava apenas sendo ensinado; eu também estava compartilhando sentimentos com meu mentor sobre minha realidade, minha comunidade, os serviços que oferecemos e as necessidades específicas dos meus pacientes. Eles foram receptivos e até ajustaram a mentoria para atender melhor às minhas necessidades particulares como profissional trabalhando com esta comunidade. Juntos, desenvolvemos uma estratégia para agrupar pacientes com HIV com base em suas necessidades únicas: adolescentes em uma área, mulheres grávidas em outra e aqueles com doença avançada noutra. Dessa forma, cada grupo recebeu o atendimento especializado de que necessitava."

Mentorado, Centro de Saúde de Ponta Gêa

A citação abaixo destaca o impacto duradouro do programa de Mentoria do MSF, enfatizando sua diferença de outras iniciativas conduzidas por doadores. Ao contrário de intervenções externas que muitas vezes não deixam resultados sustentáveis após o término do financiamento, o mentorado reflete sobre como a Mentoria do MSF foi adaptada à equipa local e ao sistema de saúde, equipando-os com habilidades e conhecimento que continuarão a beneficiar sua prática a longo prazo. O participante ressalta o valor dessa abordagem em promover a auto-suficiência e a continuidade nos serviços de saúde, garantindo que os benefícios do treinamento permaneçam mesmo após a saída de parceiros externos. Esse tipo de percepção foi relatado com menos frequência pelos participantes.

"A mentoria do MSF foi diferente. Não foi algo implementado por um doador externo ou outra organização. Foi para nós — para mim, para nossa equipa, para meu serviço, para a equipa do MISAU. Nós éramos os que estávamos sendo treinados, e as habilidades e o conhecimento que adquirimos permanecerão connosco na nossa prática. Com outras estratégias trazidas por doadores ou organizações externas, uma vez que o financiamento seca ou os parceiros saíram, ficamos sem nada. Acabamos de volta à estaca zero, sem novos testes, sem novos diagnósticos — nada permanece, nada fica connosco..."

Mentorado, Centro de Saúde de Ponta Gêa

De acordo com a grande maioria dos mentores, sua percepção como mentores e profissionais de saúde é que o programa de Mentoria aumentou significativamente a capacidade da equipa de saúde de fornecer cuidados abrangentes e eficazes para pessoas vivendo com HIV/SIDA (PVHIV). Especificamente, a equipa de saúde adquiriu habilidades para atender melhor às necessidades complexas de PVHIV, garantindo que os pacientes recebam diagnóstico oportuno e preciso,

tratamento apropriado e monitoria contínua de sua condição. Em laboratórios, os técnicos melhoraram suas habilidades técnicas e agora podem realizar testes cruciais, como contagens de CD4, TBLam , Crag e colecta de carga viral, directamente no local. Essa capacidade não apenas reduz o tempo de deslocamento do paciente, mas também permite uma tomada de decisão clínica mais rápida e aumenta a eficiência do serviço. Além disso, após o programa de Mentoria, algumas clínicas adoptaram um modelo de "balcão único" para serviços de HIV, que integra vários serviços em uma única visita. Esse modelo agiliza o atendimento ao paciente, minimizando a necessidade de várias consultas e melhorando a acessibilidade geral e a continuidade do atendimento para PVHIV.

"Acredito que este programa de mentoria melhorou significativamente o fluxo de cuidados para pessoas que vivem com HIV/SIDA. Em muitas clínicas, os pacientes agora podem ter acesso a vários serviços — como exames de sangue, reposição de receitas e consultas clínicas — tudo em uma única visita. Para clínicas que ainda não adoptaram este modelo de "balcão único", esforços estão em andamento para agendar todas as consultas necessárias no mesmo dia, aliviando o fardo de viagens repetidas para os pacientes. Esta mudança na abordagem veio directamente da mentoria, onde nós, mentores, reforçamos repetidamente a importância de manter os pacientes em tratamento, garantir o diagnóstico precoce e intervir rapidamente quando a doença avançada do HIV é detectada."

Mentor

Alguns mentores no programa de Mentoria SSR também observaram um impacto positivo ao comparar o cuidado fornecido a sobreviventes de violência sexual antes e depois da Mentoria. Anteriormente, o cuidado para esses pacientes era limitado principalmente a serviços pós-estupro focados na profilaxia de IST/HIV. Após a Mentoria, o cuidado se tornou mais abrangente, continuando a incluir a profilaxia de IST/HIV, ao mesmo tempo em que oferecia suporte psicológico durante a consulta inicial e visitas de acompanhamento para ajudar os pacientes a lidar com o trauma. Antes da Mentoria, não havia apoio de acompanhamento disponível. Além disso, muitos centros de saúde introduziram espaços seguros para crianças sobreviventes de violência sexual após a Mentoria, melhorando ainda mais a qualidade do cuidado fornecido.

"Acredito sinceramente que este programa de mentoria mudou a forma como abordamos os cuidados pós-estupro e os serviços de aborto seguro. Anteriormente, muitos profissionais de saúde se sentiam desconfortáveis em tratar trabalhadores de sexo e adolescentes que eram vítimas de violência sexual repetida, muitas vezes enfrentando estigma e discriminação. As vítimas, especialmente trabalhadoras de sexo e adolescentes que viviam em ambientes inseguros, frequentemente solicitavam abortos seguros, mas os profissionais de saúde às vezes respondiam com comentários preconceituosos, implicando culpa nas vítimas. Isso levou muitos pacientes a se sentirem indesejados e a recorrer a práticas de aborto inseguros em suas comunidades. Mas o programa de mentoria, por meio de treinamento e supervisão contínuos, reformulou essas percepções, destacando a importância de fornecer serviços de aborto seguro. Os profissionais de saúde agora entendem que quando uma mulher ou menina está determinada a interromper sua gravidez, ela prosseguirá, independentemente da legalidade ou segurança. Ao oferecer cuidados de aborto seguro, podemos evitar que essas mulheres arrisquem suas vidas com métodos inseguros. O programa também melhorou a qualidade do atendimento para sobreviventes de violência sexual, mudando de apenas oferecer tratamento médico imediato e profilaxia de ITS/HIV para uma abordagem mais holística que inclui aconselhamento, apoio a saúde mental e cuidados de acompanhamento."

Mentor, PC e SSR

No geral, a maioria dos mentores e mentorados entrevistados apreciaram o programa de Mentoria por sua abordagem personalizada às necessidades locais de saúde e por seu papel na melhoria das práticas clínicas dentro dos centros de saúde. No entanto, eles enfatizaram a importância da Mentoria contínua, particularmente para treinar novos funcionários devido à alta rotatividade de profissionais de saúde nessas clínicas.

"Acho que um ganho fundamental desse programa de mentoria da MSF é a forma como ele foi organizado, como pensar nos problemas específicos que os mentorados estavam enfrentando em suas clínicas de saúde local. Não era apenas sobre treinamento geral — era ajuste às suas necessidades reais, era de alguma forma adaptado às suas dúvidas, ao tipo de paciente sob seus cuidados, aos recursos disponíveis. E trabalhando juntos, acredito que fizemos a diferença, a mudança possível dada a realidade de cada clínica e os recursos disponíveis. Até hoje, continuo recebendo ligações de antigos mentorados para discutir sobre pacientes específicos, para decidir qual seria o melhor tratamento ou para onde encaminhar alguém que precisasse de um tratamento indisponível na clínica local. Criamos um vínculo, sabe? Minha principal preocupação é que, com tantos funcionários entrando e saindo, hoje precisaríamos treinar os novos funcionários novamente. Na verdade, em um cenário perfeito, o MISAU ofereceria mentoria contínua para manter as melhorias em andamento e garantir que os novos funcionários também pudessem se beneficiar do treinamento."

Mentor, DAH

COERÊNCIA

COMPONENTE DE MENTORIA: DESIGN E IMPLEMENTAÇÃO

A Mentoria em várias disciplinas de saúde foi projectada para integrar instrução teórica com supervisão e prática, visando fortalecer tanto as competências técnicas quanto as interações provedor-paciente. Essas mentorias geralmente duravam alguns meses e eram implementadas em várias clínicas de saúde, permitindo que os profissionais de saúde aplicassem imediatamente suas habilidades recém-adquiridas em cenários do mundo real. De acordo com a maioria dos mentorados, a combinação de teoria e orientação prática não apenas melhorou a proficiência técnica, mas também promoveu um atendimento ao paciente mais eficaz e compassivo.

"Nunca me esquecerei de ver pacientes que chegaram até nós com a saúde tão debilitada — mal conseguindo andar — se recuperaram e voltaram mais tarde, agradecendo-nos pelo cuidado que salvou suas vidas. O programa de mentoria desempenhou um papel importante nessa transformação. Ele nos deu uma base sólida na gestão do HIV e do HIV avançado. Mesmo agora, muito depois do término do treinamento oficial, ainda entro em contacto com meu mentor para discutir casos e compartilhar boas notícias sobre os pacientes A ou B. A maior mudança foi como abordamos o atendimento ao paciente; agora, dedicamos um tempo para entender completamente a situação de cada paciente, mesmo que pareça saudável por fora. Sabemos que o HIV avançado pode se esconder sob a superfície, e este programa garantiu que não o perdêssemos."

Mentorado, Centro de Saúde de Inhamizua.

Capacitação e componente mentoria da descentralização do DAH

A capacitação tem sido um elemento-chave da componente mentoria da descentralização do DAH na Beira, visando fortalecer a qualidade e a sustentabilidade da prestação de cuidados de saúde. Inicialmente, os esforços tradicionais de treinamento em sala de aula para melhorar as habilidades dos profissionais de saúde mostraram impacto limitado. Para abordar isso, a componente mentoria fez a transição para um modelo de aprendizagem descentralizado e baseado no local de trabalho, apoiado por evidências de sua eficácia.

Em particular, a Mentoria laboratorial se concentrou em aprimorar práticas, introduzindo testes diagnósticos como CD4 no ponto de atendimento, TB-LAM e teste CrAg, e garantindo o alinhamento com as melhores práticas no atendimento ao paciente. A MSF desenvolveu e implementou uma componente mentoria clínica que integra treinamento na sala de aula, Mentoria e supervisão para melhorar de forma holística as habilidades, o conhecimento e as atitudes dos profissionais de saúde. Usando uma abordagem centrada na equipa e de aprendizagem de adultos, a componente mentoria enfatizou o aprendizado experimental no local de trabalho, permitindo que os profissionais de saúde aplicassem novas competências directamente a situações da vida real. De acordo com alguns

mentorados e mentores, essa abordagem promoveu tanto a proficiência técnica quanto as melhorias no atendimento ao paciente.

“A mentoria e o apoio da MSF nos forneceram ferramentas essenciais como o teste rápido de TB, triagem de CrAg, teste rápido de contagem de CD4 (Visitect) — todos os quais não estavam disponíveis anteriormente, mas agora são essenciais para atender às necessidades específicas de pacientes diagnosticados com DAH. Também podemos oferecer abortos menos invasivos usando apenas pílulas de misoprostol, e a PrEP está sendo implementada em muitas instalações. Esses desenvolvimentos estão transformando o cenário de tratamento para pacientes com DAH, aqueles que buscam aborto seguro e populações-chave. Agora sabemos o que fazer e como fazer; estamos mais bem preparados para prover aconselhamento e tratamento.”

Mentorado, Centro de Saúde Manga Loforte

Processo de Mentoria

A Mentoria na Beira foi implementada de Maio de 2021 a Setembro de 2023 e abrangeu 10 CS seleccionados. Ela ofereceu um pacote de treinamento abrangente, enfatizando áreas críticas como serviços amigáveis para PC, SSR e gestão de DAH. A componente mentoria foi projectada para durar seis meses em cada CS, progredindo por cinco fases estruturadas e envolvendo tanto a equipa clínica quanto o pessoal de apoio ao paciente. Até ao momento, aproximadamente 124 profissionais de saúde participaram activamente como mentorados, ganhando experiência prática valiosa por meio de uma abordagem de aprendizagem prática e imersiva. Os mentores entrevistados eram funcionários do MSF e do MISAU que foram treinados para ser mentor e conduzir Mentoria.

Desenho e fases da Mentoria

A componente mentoria foi organizada e implementada em cinco fases estruturadas, conforme segue

Fase de pré-Mentoria (2-4 semanas): Durante esta fase inicial, foi realizada uma avaliação aprofundada das necessidades e recursos disponíveis em cada centro de saúde. Isso permitiu que a componente mentoria fosse personalizado para os requisitos específicos de cada CS, garantindo relevância e eficácia no enfrentar dos desafios locais.

Fase de treinamento na sala de aula (3-5 dias): esta fase envolveu a entrega de sessões de treinamento focadas em SSR, cuidados amigáveis a PC, gestão de DAH e serviços laboratoriais. Essas sessões visavam fornecer à equipa de saúde conhecimento essencial e habilidades práticas necessárias para fornecer cuidados eficazes e centrados no paciente.

Fase de Mentoria (4-14 semanas): após o treinamento, os profissionais de saúde receberam Mentoria diária, que os apoiou na aplicação do conhecimento recém-adquirido directamente em sua prática

clínica. Essa orientação prática promoveu um ambiente de aprendizagem onde os mentorados puderam ganhar confiança e refinar suas habilidades em ambientes de atendimento ao paciente em tempo real.

Fase de acompanhamento (3-6 meses): durante esta fase, os mentorados continuaram a receber supervisão e suporte contínuos. Discussões semanais de casos, sessões mensais de feedback e assistência remota garantiram que os profissionais de saúde pudessem sustentar e desenvolver ainda mais suas competências. Este engajamento contínuo foi desenvolvido para reforçar as habilidades adquiridas durante o período de Mentoria.

Fase de replicação: na fase final, mentorados promissores foram identificados e convidados a participar de um workshop de 'Treinamento de Treinadores'. Esses indivíduos foram treinados para se tornarem mentores, com o objectivo de replicar o processo de Mentoria em outras unidades de saúde. Esta fase foi implementada para contribuir com uma possível sustentabilidade e expansão de longo prazo da componente mentoria da descentralização do HIV na Beira. A ideia subjacente era criar uma rede de mentores locais capazes de disseminar o treinamento para outros profissionais.

A possibilidade de replicar e escalar a Mentoria foi geralmente vista como uma ideia promissora pela maioria dos mentorados e mentores. No entanto, eles expressaram várias preocupações, conforme destacado na discussão do FGD abaixo.

— Acho que um dos grandes problemas era que havia apenas alguns de nós, mentorados, em cada serviço, certo?

— Sim, e era esperado que treinássemos todos os outros! Trabalhando horas extras sem pagamento extra...

— E aqueles que não estavam na mentoria achavam que estávamos sendo pagos por isso, lembra?

— Totalmente. Houve muito argumento, muita inveja... como se fôssemos de alguma forma melhores só porque entramos no programa de mentoria do MSF.

— E não se esqueça da rotatividade! Alguém é treinado, então o MISAU o transfere, e ele nem tem a chance de passar adiante o que aprendeu. Todo esse conhecimento de mentoria simplesmente vai com ele.

— Deixe-me apenas dizer que a mentoria do MSF foi ótima, sem dúvida. Foi tão boa a sua existência.

Mas se realmente queremos que isso dure, o MISAU tem de assumir o comando. O MSF só pode fazer até certo ponto — eles vêm, ajudam, mas depois vão embora. Já vimos isso antes. Sinceramente, não sei se esta mentoria continuará nas nossas clínicas, e muito menos se será ampliada a outros serviços ...”

FGD com mentorados de Manga Loforte e CS Ponta Gêa

Os programas tradicionais de treinamento na sala de aula para profissionais de saúde, especialmente no contexto de doenças infecciosas como o HIV — onde as práticas de gestão estão em constante evolução — muitas vezes revelam várias fraquezas:

- **Abordagem de tamanho único:** a Mentoria tradicional frequentemente depende de currículos padronizados que podem não reflectir às necessidades únicas de cada indivíduo. Isso pode levar ao desengajamento ou apoio inadequado;
- **Interação limitada:** o treinamento na sala de aula normalmente restringe a interação a um ambiente formal, reduzindo oportunidades de conexões pessoais e partilha informal de experiências que podem melhorar o aprendizado;
- **Baixa compreensão do contexto e falta de adaptação:** os instrutores tradicionais de sala de aula podem não ter experiência directa com os desafios específicos enfrentados por seus mentorados, tornando sua orientação menos relevante e compreensível;
- **Foco na teoria em vez da prática:** programas de treinamento tradicionais em sala de aula podem priorizar o conhecimento teórico em detrimento da aplicação prática, deixando os pupilos despreparados para lidar com situações da vida real.

No PROJECTO DA BEIRA, algumas dessas limitações foram abordadas por meio de supervisão. No entanto, alguns mentorados e mentores ainda perceberam essas supervisões como demoradas, como podemos ver na citação abaixo.

“Foi confuso ter a mentoria durante nosso horário de trabalho, e às vezes nos sentíamos puxados ao limite, sem fazer nenhuma das duas coisas da melhor forma possível: mentoria e atendimento ao paciente. A falta de apoio financeiro era uma preocupação fundamental e um dos principais motivos para muitos profissionais de saúde optarem por não participar da mentoria. Afinal, você está investindo horas no treinamento para melhorar sua prática, mas também os indicadores da clínica.”

Mentorado, Centro de Saúde Nhaconjo

Um modelo de Mentoria de par a par (peer-to-peer), como parte da estratégia de descentralização, pode melhorar a capacidade de relacionamento e a confiança entre mentores e mentorados. Mentores par podem oferecer suporte mais personalizado e específico ao contexto, adaptando sua orientação às circunstâncias únicas de cada mentorado, em vez de depender de avaliações padronizadas. Diferentes necessidades podem exigir abordagens, conteúdo e cronogramas personalizados.

Além disso, a Mentoria de pares pode promover um senso de comunidade e pertencimento, o que pode ser particularmente benéfico para indivíduos que lidam com condições de saúde estigmatizadas como HIV ou aqueles que cuidam de PC dentro do PROJECTO DA BEIRA. Esse tipo de suporte tem o potencial de influenciar positivamente a motivação, a adesão ao tratamento, contribuindo para melhores resultados, conforme sugerido por esta avaliação.

"Como um colega trabalhador da saúde e um mentor, eu poderia me relacionar com as dificuldades dos meus colegas porque eu já estive no lugar deles. Não se tratava de marcar caixas ou seguir um roteiro; era sobre entender seus desafios específicos durante suas actividades diárias e ajudá-los a encontrar soluções práticas que se encaixassem no contexto desta clínica de saúde específica. Esta abordagem os tornou mais abertos ao feedback, e eu pude ver que eles se sentiam mais apoiados, o que é muito importante, especialmente ao lidar com questões delicadas como tratamento de HIV e trabalhar com populações-chave. Muitos ex-mentorados ainda me ligam para discutir algo que aconteceu em seu dia, ou para orientação sobre um caso mais complicado."

Mentor, DAH

ALINHAMENTO COM OS PLANOS E POLÍTICAS ESTRATÉGICAS DE HIV/SIDA

A componente mentoria da descentralização do DAH na Beira alinha-se com as políticas e directrizes nacionais de HIV, aumentando a capacidade local para fornecer cuidados e tratamento de qualidade, embora ainda existam áreas para melhoria. Esta abordagem apoia a transição de cuidados centralizados e baseados em hospitais para serviços baseados na comunidade, abordando os principais desafios descritos em documentos como o "*MSF HIV/TB Guide*" e o "*Clinical Mentorship Program Guide*". Ao fornecer treinamento e suporte personalizados, a componente mentoria contribui para o avanço das metas 95-95-95 da UNAIDS, que se concentram em diagnosticar, tratar e atingir a supressão viral para 95% das pessoas que vivem com HIV.

Esta componente mentoria promove a colaboração entre o Ministério da Saúde e os agentes comunitários de saúde (ACS), ajudando a melhorar a prestação de serviços e a retenção de pacientes, ao mesmo tempo em que permanece consistente com a estrutura nacional de resposta ao HIV de Moçambique. A integração da Mentoria em cuidados descentralizados construiu destreza e capacidade local, o que garante cuidados acessíveis, especialmente para populações vulneráveis e marginalizadas. Isso, por sua vez, contribui para reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas ao HIV, apoiando um acesso mais equitativo à assistência médica.

Em Moçambique, os ACS, incluindo a "*mãe mentora*" e o "*homem campeão*", desempenham um papel fundamental no alcance, vinculação e retenção de pacientes no atendimento. Embora esses ACS não tenham sido formalmente incluídos como mentorados no programa de Mentoria da MSF, a iniciativa influenciou e apoiou indirectamente seu trabalho dentro da estrutura mais ampla de saúde comunitária. Os ACS se beneficiaram de melhorias nas práticas de saúde promovidas pela Mentoria, o que levou a uma abordagem mais centrada no paciente e melhorou a comunicação entre as unidades de saúde e a comunidade. Ao promover interacções informais e parcerias com activistas, o projecto contribuiu para melhorar os resultados do tratamento de HIV e TB por meio de uma rede colaborativa e de apoio.

COERÊNCIA COM OUTRAS ACTIVIDADES DE DESCENTRALIZAÇÃO DO PROJECTO

A componente mentoria da descentralização do DAH na Beira parece estar bem alinhada com outros esforços de descentralização liderados pelo MISAU, como o apoio logístico para instalações de saúde locais. Por meio de treinamento direccionado, o programa de Mentoria complementa actividades de logística como gestão de fornecimento de medicamentos e suporte laboratorial, permitindo que as instalações locais aprimorem seus serviços de HIV. Essa abordagem integrada é crucial, pois fortalece a cadeia de suprimentos e pode melhorar a disponibilidade de recursos essenciais, como ferramentas de diagnóstico.

"Por meio dessa mentoria, vimos uma colaboração muito mais forte entre nossos mentorados e agentes comunitários de saúde, como a "mãe mentora" e o "homem campeão". Embora não fizessem parte formalmente da mentoria, eles trabalham em estreita colaboração com os mentorados treinados em cuidados de DAH e PC. Por exemplo, se um paciente perde sua recarga de ARV, os mentorados geralmente entram em contacto com esses agentes comunitários para localizar o paciente e lembrá-lo de sua consulta. Se um agente comunitário identifica alguém, como um trabalhador de sexo, que precisa de cuidados, ele geralmente o acompanha até a clínica, sabendo exactamente a quem recorrer — aqueles treinados em cuidados de PC que são sensíveis às suas necessidades específicas. Essa comunicação aprimorada entre os mentorados e os agentes comunitários tornou os acompanhamentos mais fáceis, garantindo que os pacientes permaneçam sob cuidados. Foi um passo significativo para garantir que mesmo as populações mais vulneráveis não sejam deixadas para trás."

Mentor, DAH e PC

No entanto, muitos mentorados e mentores levantaram preocupações sobre problemas recorrentes na cadeia de suprimentos que frequentemente interrompem as actividades laboratoriais e a disponibilidade de tratamento para infecções oportunistas. Como um mentorado do Centro de Saúde de Chingussura expressou:

"Durante a mentoria, a MSF garantiu que tivéssemos todos os suprimentos necessários para testes de laboratório, materiais de escritório, formulários para registrar resultados de pacientes e ferramentas para acompanhamentos. No entanto, nossa realidade actual é desafiadora. Embora agora tenhamos o conhecimento e as habilidades para fornecer cuidados excelentes, frequentemente enfrentamos escassez de suprimentos de laboratório. O MISAU frequentemente envia menos suprimentos do que solicitamos, e regularmente ficamos sem formulários essenciais para registrar informações de pacientes e resultados de laboratório. O programa de mentoria foi um treinamento incrível, mas agora estamos lutando com uma situação difícil em que suprimentos inadequados impedem nossa capacidade de implementar totalmente as estratégias e habilidades que aprendemos durante a mentoria da MSF."

Isso destaca a necessidade de melhor coordenação para garantir que os recursos necessários estejam consistentemente disponíveis, permitindo que os profissionais de saúde apliquem as habilidades e o conhecimento adquirido na Mentoria.

Mentores e representantes do MISAU viram a componente mentoria da descentralização de DAH na Beira como uma oportunidade para fortalecer a colaboração entre o governo central do MISAU e as clínicas de saúde locais, contribuindo para o processo de descentralização mais amplo. Essa colaboração foi vista como essencial para reforçar o papel da governança local na prestação de cuidados de saúde e promover o compromisso sustentado das autoridades locais e nacionais para apoiar modelos de serviços descentralizados. No entanto, apesar dessas intenções positivas, algumas lacunas na coordenação foram observadas. A componente mentoria tinha o potencial de contribuir para melhorias sistêmicas mais amplas, contribuindo para os esforços mais amplos do MISAU para aumentar a eficácia, sustentabilidade e escalabilidade da resposta nacional ao HIV.

A MSF apoiou esses esforços não apenas oferecendo a componente de Mentoria, mas também melhorando a gestão de estoque de laboratório e contribuindo para melhorias de infra-estrutura, o que complementou a iniciativa de Mentoria. No entanto, como um representante do MISAU observou, houve oportunidades perdidas para maior colaboração e alinhamento entre os esforços da MSF e os programas existentes do MISAU.

"Acredito que havia uma fraqueza significativa em uma estratégia forte, a mentoria do MSF. O MISAU já tinha uma iniciativa de treinamento em HIV semelhante em vigor, então o MSF não precisava começar do zero. Se houvesse uma parceria desde o início, o MSF poderia ter complementado o programa existente do MISAU, particularmente adicionando seu foco em DAH, que estava faltando no treinamento do MISAU. Não se tratava de criar um programa separado e paralelo — poderia ter sido sobre aprimorar o que já estava lá. Agora que a mentoria do MSF terminou, voltamos ao antigo sistema de treinamento, que carece daquele foco crítico em DAH. Se o MSF e o MISAU tivessem colaborado antes, poderíamos ter um pacote totalmente integrado e pronto para uso agora."

COERÊNCIA COM OUTRAS INTERVENÇÕES EM MOÇAMBIQUE

Embora os avaliadores não tenham conseguido entrevistar outras ONGs e partes interessadas envolvidas na descentralização dos serviços de DAH na Beira, informações valiosas sobre intervenções complementares foram obtidas por meio de uma revisão da literatura e entrevistas com membros de centros de saúde. Moçambique se beneficia de financiamento para resposta ao HIV, que inclui recursos para testes, capacitação laboratorial e aquisição de medicamentos. Nos dez centros de saúde que receberam orientação da Médicos Sem Fronteiras (MSF) como parte da iniciativa de descentralização, os medicamentos são fornecidos pelo Fundo Global. Esse arranjo exige que a equipa do centro de saúde possua as habilidades e competências necessárias para a gestão eficaz de medicamentos, abrangendo tudo, desde práticas de prescrição até farmácia e gestão da cadeia de suprimentos. A componente de orientação visava aumentar a capacidade da equipa, o que se acredita contribuir para melhorar a gestão de medicamentos e farmácias. Antes da implementação da componente de orientação, as lacunas identificadas indicavam uma necessidade urgente de maior capacidade para gerir a doença avançada do HIV no nível do centro de saúde, particularmente à luz da introdução de medicamentos novos e diversos fornecidos por parceiros externos, principalmente o Fundo Global no contexto da Beira. Esta observação ressalta a coerência entre a componente mentoria do esforço de descentralização implementado pela MSF e outras intervenções lideradas por diferentes organizações, como testes de HIV e iniciativas de fornecimento de medicamentos. Uma limitação desta avaliação, no entanto, é sua incapacidade de explorar completamente as actividades realizadas por outras ONGs ou entidades de financiamento, como o PEPFAR, o Fundo Global e o Banco Mundial, que são os principais contribuintes para a resposta ao HIV em Moçambique.

EFICÁCIA

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES DOS MENTORES

Entrevistas profundas com mentores esclarecem seus papéis e responsabilidades dentro da Mentoria. Esses mentores, escolhidos por sua destreza em áreas críticas como serviços laboratoriais, SSR, PC e DAH, eram funcionários experientes da MSF encarregados de fornecer orientação e suporte a seus colegas para melhorar a prestação de cuidados de saúde em clínicas locais. A maioria dos mentores recebeu treinamento especializado alinhado com suas áreas de foco, preparando-os para compartilhar conhecimento de forma eficaz e oferecer suporte prático. No entanto, alguns mentores mencionaram iniciar suas funções de Mentoria sem treinamento adequado, conforme reflectido na citação abaixo.

"Antes do início do projecto de mentoria, eu já trabalhava com a MSF, visitando clínicas de saúde para oferecer supervisão informal e orientação em saúde sexual e reprodutiva. Quando o projecto de mentoria começou, fui convidado a me tornar mentor sem nenhum treinamento formal, pois a MSF assumiu que minha experiência anterior seria suficiente para a função. No entanto, o início foi apressado, e a falta de um treinamento estruturado fez com que eu me sentisse sobrecarregado e inseguro. Tive de confiar muito nas reuniões semanais com outros mentores para compartilhar desafios e encontrar soluções, e frequentemente recorria ao supervisor de mentoria em busca de orientação. Embora tivesse experiência em oferecer treinamento informal, não estava familiarizado com a abordagem estruturada, as directrizes e os requisitos de relatórios do projecto de mentoria, que tive de descobrir por conta própria. Com o tempo, fui ficando mais confortável no meu papel, mas acredito que ter recebido um treinamento adequado antes teria sido extremamente útil."

Mentora

Mentores com experiência em trabalho de laboratório desempenharam um papel crítico no aprimoramento das práticas de laboratório e na melhoria da precisão do diagnóstico. Aqueles com experiência em clínicas móveis e SSR se concentraram em fornecer educação em torno de tópicos vitais, incluindo VSBG e SACs. Mentores especializados em cuidados avançados de HIV e serviços de PC trabalharam em estreita colaboração com profissionais de saúde para gerir casos complexos de HIV e abordar as necessidades específicas de populações vulneráveis, garantindo que cuidados abrangentes e inclusivos estivessem disponíveis.

Apesar de alguns desafios iniciais — como assumir seus papéis sem treinamento formal — os mentores se adaptaram rapidamente, confiando em sua experiência anterior e na colaboração frequente com colegas da MSF para navegar pelas incertezas. Essa flexibilidade permitiu que eles cumprissem com sucesso suas funções de Mentoria, mesmo em ambientes de assistência médica complexos e em evolução.

"Trabalhei com a MSF como ponto focal na área de cuidados avançados para o HIV e, devido à minha experiência anterior, fui seleccionado para participar do programa de mentoria como mentor. No entanto, comecei a função sem nenhum treinamento formal e só recebi treinamento de mentoria da MSF depois de já ter começado a mentoria. Apesar disso, me adaptei rapidamente porque já era bem versado na gestão de DAH, o que me permitiu orientar meus mentorados de forma eficaz. Mesmo agora, alguns mentorados ainda me procuram para obter conselhos sobre casos específicos, como ajustar regimes de ARV ou lidar com infecções oportunistas específicas. Estou sempre feliz em ajudar e fornecer orientação quando necessário."

Mentor, DAH

No geral, a maioria dos mentores entrevistados relatou sentir-se bem treinados e apoiados pela MSF, o que lhes permitiu se destacar em suas responsabilidades. Eles consideraram seu engajamento em clínicas locais como essencial não apenas na transferência de habilidades, mas também na melhoria da prestação de serviços e na contribuição para o sucesso da iniciativa de descentralização. Sua destreza diversificada, combinada com uma abordagem de Mentoria estruturada, desempenhou um papel fundamental na construção de capacidades de profissionais de saúde locais e no reforço de descentralização em toda a região.

Como reflectiu um mentor, um técnico de laboratório:

"Através da mentoria, me senti fortalecido não apenas para compartilhar minha experiência, mas para realmente transformar a maneira como os cuidados de saúde eram prestados nas clínicas. Não se tratava apenas de treinamento — tratava-se de criar uma mudança duradoura ao equipar meus colegas com habilidades e a confiança de que precisam para fornecer melhores cuidados, especialmente para aqueles que mais precisam. O apoio da MSF me deu as ferramentas para orientar os outros, e ver o impacto tanto na equipe quanto nos pacientes tem sido incrivelmente gratificante."

Mentor

Diversos papéis nos cuidados descentralizados do HIV

Discussão em grupo focal (FGD) com 28 mentorados (de um total de 124 que receberam Mentoria do MSF) destacou os diversos papéis e responsabilidades que os participantes tinham na prestação de serviços de HIV, o que pareceu contribuir para a percepção geral sobre a eficácia da componente mentoria dentro da descentralização do tratamento de HIV. Esses mentorados, incluindo equipa de laboratório e provedores de cuidados ao paciente, desempenharam um papel crucial para garantir resultados positivos. A equipa de laboratório era responsável por conduzir testes, organizar suprimentos, solicitar kits de reagentes e registar resultados, tudo isso garantindo diagnósticos oportunos e precisos para dar suporte a gestão eficaz do paciente.

Os provedores de cuidados ao paciente se concentraram em aconselhamento, promoção da adesão aos ARV, encaminhamento de pacientes para cuidados especializados e rastreio de pacientes para melhorar a retenção — tarefas críticas para garantir a continuidade do tratamento e melhores resultados de saúde. Alguns mentorados trabalharam especificamente com a PC, alguns em unidades de saúde móveis, oferecendo serviços como PrEP para HIV, aconselhamento e tratamento para pessoas vivendo com HIV/SIDA em áreas críticas. Essa abordagem ajudou a estender os serviços de saúde a grupos marginalizados que frequentemente enfrentam barreiras de acesso.

“O programa de mentoria me deu uma oportunidade incrível de aprofundar meu conhecimento sobre cuidados avançados do HIV e obter uma melhor compreensão das necessidades específicas da populações-chave. Para pacientes HIV-positivos, melhorei significativamente minha abordagem ao passar mais tempo com cada indivíduo, avaliando-os clinicamente com cuidado, perguntando sobre sinais e sintomas e garantindo que estejam com boa saúde antes de prescrever ARVs ou agendar sua próxima consulta. Quando há alguma incerteza, solicito imediatamente um teste de CD4. Pacientes com contagens de CD4 abaixo de 200 células/mm³ são encaminhados para testes adicionais, como exames de TB e CrAg, e se tudo correr bem, eles saem com o tratamento de que precisam para infecções oportunistas. O mesmo nível de atenção agora é fornecido às populações-chave, e me sinto mais informado e sensível às suas necessidades, o que me permite oferecer melhor aconselhamento, teste de HIV, PrEP e muito mais. A mentoria era exactamente o que eu precisava como profissional de saúde para servir melhor minha comunidade.”

Mentorado Centro de Saúde de Nhaconjo

Outros trabalharam em cuidados pré-natais e maternidades, fornecendo aconselhamento sobre HIV, testes rápidos e serviços de prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT), trabalhando para melhorar a intervenção precoce e reduzir os riscos de transmissão do HIV. Alguns participantes do FGD estavam envolvidos no fornecimento de SAC, abordando necessidades mais amplas de saúde sexual e reprodutiva. A colaboração com educadores de pares e organizações comunitárias, de acordo com alguns mentorados, ajudou a melhorar o impacto da Mentoria, permitindo que os mentorados se envolvessem melhor e retivessem as PCs no atendimento por meio de serviços como PrEP, PEP e testes rápidos — componentes essenciais da prevenção e tratamento do HIV.

“Eu saía com a clínica móvel e falava com eles — trabalhadoras de sexo, homens gays, pessoas transgéneras. Com o tempo, eles me conheceram, gostaram de mim e até esperavam nosso carro no mesmo local no dia e hora marcada, buscando exames, medicamentos e outros serviços. Eventualmente, eles começaram a vir à clínica especificamente perguntando por mim. Eu me tornei um ponto focal para eles. A mentoria do MSF realmente aumentou minha capacidade de fornecer melhor aconselhamento e cuidado, particularmente para as populações-chave com doença avançada do HIV. Agora entendo como me comunicar com eles de forma mais eficaz e a importância de garantir que recebam cuidados oportunos. Se alguém falta a uma consulta, trabalhamos com agentes comunitários de saúde como “mães mentoras” para trazê-los de volta à clínica. É um esforço de grupo, realmente.”

Mentor, Centro de Saúde de Manga Mascarenhas

Essas funções variadas demonstram uma abordagem integrada para fornecer cuidados de HIV em clínicas locais, garantindo, com o melhor dos recursos locais, que os serviços fossem adaptados para atender às diversas necessidades de diferentes grupos de pacientes e apoiando o sucesso geral da componente mentoria da descentralização do HIV na Beira.

CONHECIMENTO E CONFIANÇA DOS MENTORADOS

Participação na Mentoria

Um total de 124 participantes participaram do componente mentoria da iniciativa de descentralização do HIV em 10 centros de saúde na Beira. Colectivamente, eles participaram de 181 sessões de treinamento. A distribuição dos participantes por área de Mentoria e centro de saúde é apresentada no gráfico abaixo.

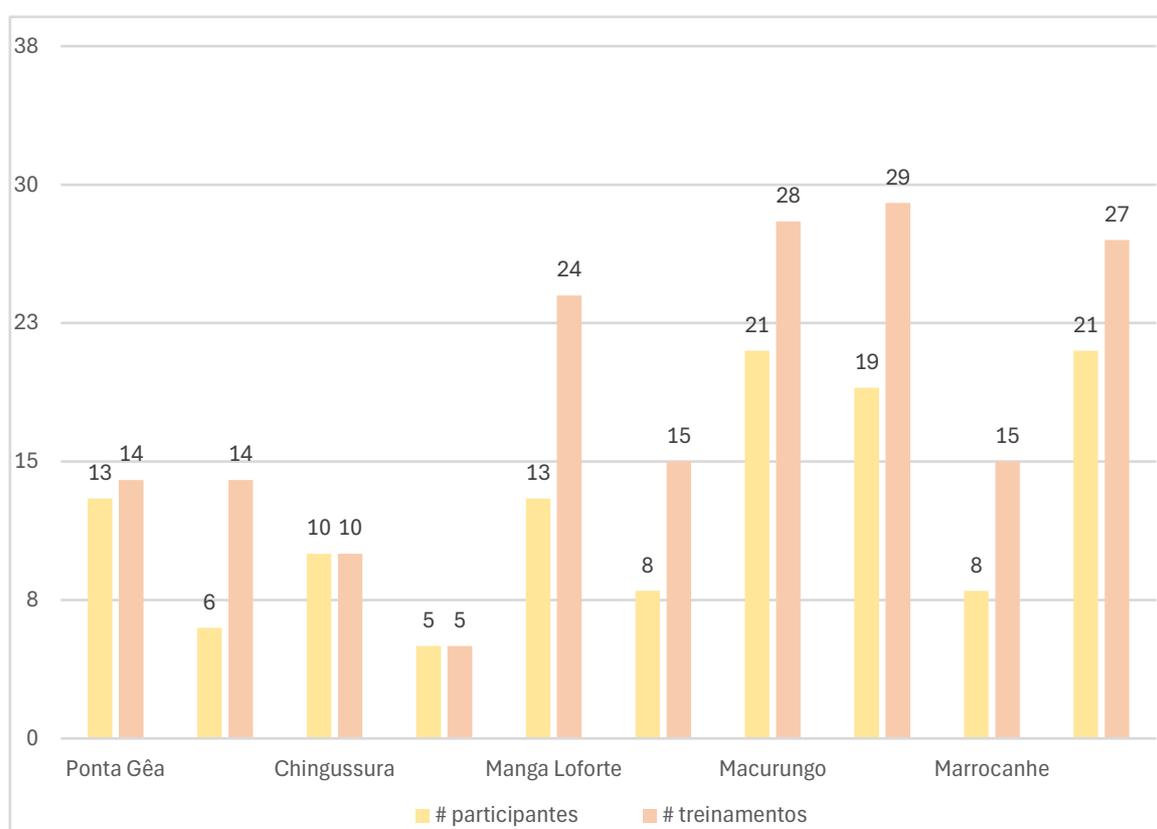


Figura 2. Número de participantes, por formação e centro de saúde

O número de participantes na componente mentoria variou significativamente entre os centros de saúde, em grande parte devido aos diversos tamanhos das instalações. No entanto, todos os centros receberam treinamento de Mentoria em DAH, PC e SSR e alguns tiveram Mentoria de melhores práticas de laboratório e farmácia também.

Entre aqueles que participaram do treinamento, os níveis de engajamento — medidos pelas actividades registadas nos registos de actividade — estavam acima de 85% em todos os centros de

saúde. Os gráficos abaixo ilustram que as taxas de participação excederam 85% em todos os centros de saúde e para todas as mentorias.

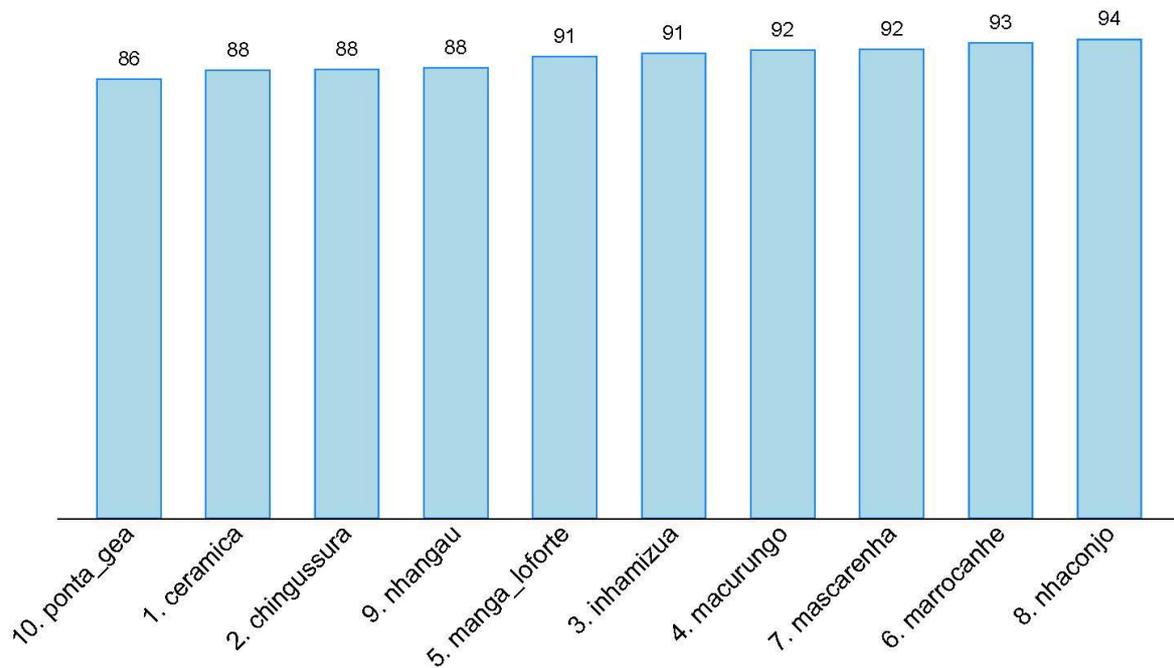


Figura 3. Participação média por centro de saúde

O gráfico abaixo ilustra a participação na Mentoria em vários módulos de treinamento, com taxas de cobertura variando de 85% para treinamento de DAH e PC a 96% para SSR. Esses números de participação destacam o engajamento de profissionais de saúde de diferentes centros de saúde, garantindo que áreas-chave como gestão de HIV, SSR e serviços para PC fossem adequadamente abordadas por meio do treinamento.

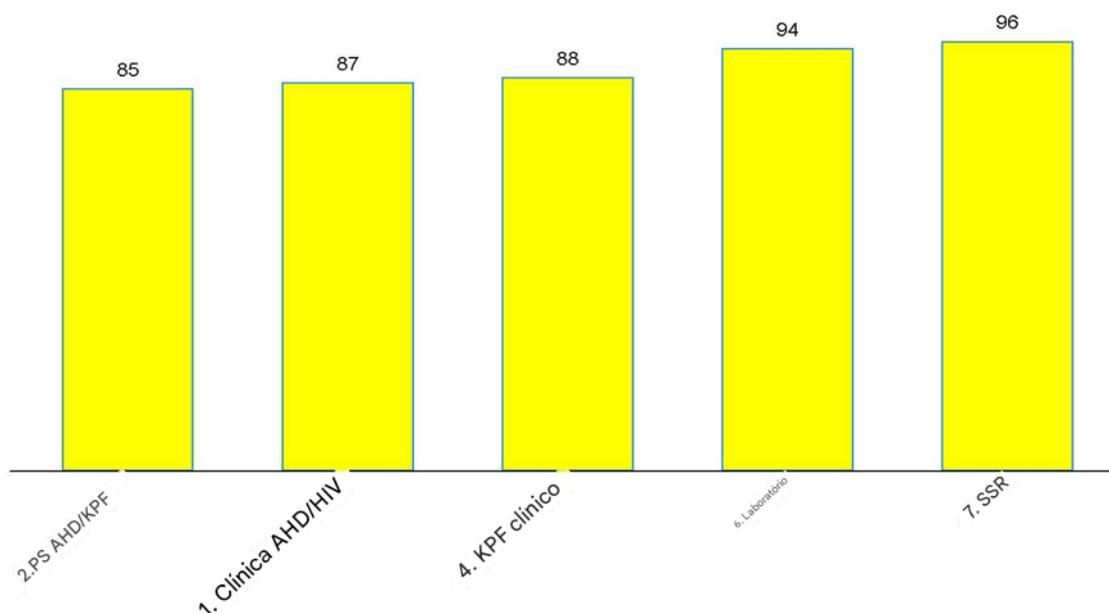


Figura 4. Participação média (%) por mentoria

As discussões e a análise de dados revelaram que a participação no programa de mentoria não se traduziu necessariamente em total envolvimento ou no desenvolvimento de competências entre os mentorados. Apesar de terem sido assinados Memorandos de Entendimento (MoUs) com as unidades de saúde e o Ministério da Saúde (MISAU), e de os participantes terem sido seleccionados ou designados pelos seus supervisores, isso não garantiu a sua motivação ou o seu investimento na mentoria. Em alguns casos, os mentorados encararam a aprendizagem de novas competências—como a gestão da Doença Avançada pelo HIV (DAH)—como um fardo adicional às suas já exigentes cargas de trabalho, especialmente na ausência de incentivos ou recompensas pela sua participação.

“Foi difícil conciliar a mentoria com os cuidados aos pacientes durante o nosso horário de trabalho—muitas vezes sentíamos que estávamos sobrecarregados e que nenhuma das tarefas era realizada da melhor forma possível. Outra grande preocupação foi a falta de apoio financeiro. Muitos profissionais de saúde optaram por não participar na mentoria por essa razão. Está-se a dedicar horas extras para melhorar não só a sua própria prática, mas também os indicadores de desempenho da clínica, certo? Todos no nosso grupo concordam que, mesmo com um pequeno incentivo financeiro, faria uma enorme diferença para que mais pessoas se comprometessem com a formação.”

Mentorado Centro de

Alguns desafios específicos foram enfrentados pela mentoria no que diz respeito à participação e ao envolvimento de mentorados e mentores. Os mentores enfrentaram vários desafios-chave durante o seu trabalho no componente mentoria na descentralização da gestão da Doença Avançada pelo HIV (DAH):

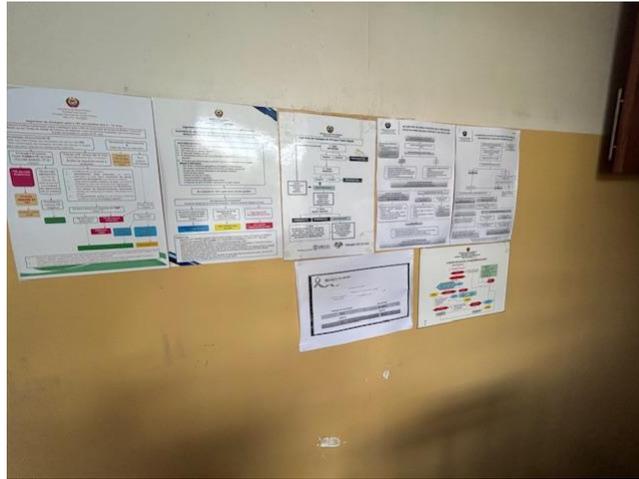
- 1. Resistência por parte dos profissionais de saúde:** Muitos profissionais de saúde mostraram-se inicialmente relutantes em participar na mentoria. Alguns sentiam-se confiantes nas suas práticas actuais e não viam necessidade de formação adicional, especialmente em áreas sensíveis como o aborto e a saúde sexual e reprodutiva. Crenças culturais e religiosas sobre o aborto aumentaram ainda mais a resistência, uma vez que alguns profissionais acreditavam que a mentoria em SSR promovia o "assassinato de bebés". Em alguns casos, o estigma contra trabalhadoras do sexo e outros grupos populacionais-chave continuou a dificultar a prestação de cuidados, apesar dos esforços da mentoria para abordar estas questões. A seguinte citação resume percepções frequentes dos mentores:

"No início, muitos profissionais de saúde não queriam participar. Sentiam que já sabiam tudo, especialmente no que diz respeito aos cuidados relacionados com o aborto. Convencê-los de que isso não se tratava apenas de procedimentos, mas de fornecer aos pacientes o apoio de que necessitam, foi difícil. As crenças culturais são profundamente enraizadas, e foi necessário muito tempo e paciência para superar essa resistência."

Mentor

"No início, foi avassalador! Muitos técnicos de laboratório mostravam resistência à mudança—não queriam abandonar as suas práticas antigas nem aprender novos procedimentos. Os laboratórios estavam desorganizados, sem POPs [Procedimentos Operacionais Padrão] ou uma gestão adequada de suprimentos. Frequentemente ficávamos sem materiais essenciais porque não existia um sistema para monitorizar o estoque ou fazer encomendas a tempo. Pior ainda, não mantinham nenhum registo dos exames laboratoriais dos pacientes; uma vez entregues os resultados ao paciente, era isso. Se o paciente os perdesse ou se um médico precisasse de verificar o histórico, não havia informação disponível. Foi necessário muito esforço, mas conseguimos organizar os laboratórios, implementar os POPs e treinar os técnicos na gestão de estoque. Agora, mesmo que um técnico novo chegue, sabe exatamente o que fazer. A mentoria melhorou muito a qualidade do serviço e os resultados para os pacientes—já não precisam de viajar longas distâncias para exames como CD4 e carga viral, podem fazer tudo na clínica local."

Mentor



Fluxogramas e algoritmos de teste no Centro de Saúde de Cerâmica

Conforme ilustrado na imagem acima, fluxogramas e algoritmos de teste estão prontamente disponíveis nas clínicas para orientar a gestão adequada dos pacientes, seguindo as orientações fornecidas durante a mentoria da MSF.

- 2. Falta de formação formal para os mentores:** Vários mentores iniciaram as suas funções sem preparação formal. Isso fez com que se sentissem sobrecarregados e despreparados, especialmente ao lidar com processos estruturados de mentoria, diretrizes e requisitos de relatórios. Frequentemente, dependeram do apoio dos colegas e da orientação dos supervisores para enfrentar as suas novas responsabilidades. Uma formação formal antes do início da mentoria teria melhorado significativamente a sua prontidão. A citação seguinte reflecte um sentimento comum entre os mentores que começaram as suas funções sem formação prévia.

"Quando comecei como mentor, pensei que a minha experiência seria suficiente, mas rapidamente percebi que não estava preparado para a mentoria estruturada. Havia tantas diretrizes e requisitos de relatórios que tive de aprender durante o trabalho. Foi avassalador no início, e gostaria muito de ter recebido uma formação formal antes de assumir o papel."

Mentor

- 3. Clínicas sobrecarregadas e com falta de pessoal:** Os mentores frequentemente encontraram profissionais de saúde sobrecarregados com as suas cargas de trabalho existentes, o que os tornava hesitantes em envolver-se totalmente na mentoria. Muitos viam a formação como um fardo adicional sem compensação financeira, o que contribuiu para a falta de motivação e compromisso em colocar em prática as competências adquiridas. A citação abaixo reflecte uma percepção comum sobre a resistência à mudança de rotinas entre os mentorados.

"Os técnicos de laboratório já estavam sobrecarregados, e pedir-lhes para aprender novos procedimentos parecia acrescentar mais combustível ao fogo. Estavam habituados às suas rotinas, e convencer-lhes de que a mudança era necessária foi uma das partes mais difíceis. Tive de mostrar-lhes, passo a passo, que essas mudanças, na verdade, tornariam os seus trabalhos mais fáceis a longo prazo."

Mentor

- 4. Desorganização nas Clínicas:** Muitas clínicas não tinham Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), gestão adequada de inventário e abordagens sistemáticas para os cuidados. Os mentores, especialmente aqueles focados nos serviços laboratoriais, enfrentaram a difícil tarefa de melhorar a eficiência operacional em ambientes desorganizados. A ausência de registos adequados e de gestão de suprimentos complicou ainda mais os seus esforços, como ilustrado pela citação abaixo:

"Os laboratórios estavam uma desordem—sem inventário adequado, sem registos dos resultados dos pacientes e com constantes faltas de suprimentos. Sentia que estava a lutar uma batalha difícil apenas para colocar o básico em ordem. Mas sabia que, se não corrigíssemos estas questões, a qualidade dos cuidados nunca melhoraria..."

Mentor

- 5. Alta Rotatividade de Mentorados:** As transferências frequentes de pessoal interromperam a continuidade da mentoria. Os mentorados eram frequentemente deslocados para diferentes clínicas antes de concluir a sua formação, o que dificultava a eficácia a longo prazo da mentoria e a continuidade dos cuidados em certas áreas. Muitos mentores expressaram frustração sobre o impacto da alta rotatividade de pessoal nas clínicas de saúde, como indicado na citação abaixo.

"Foi frustrante começar a mentorar um grupo de profissionais de saúde, apenas para vê-los transferidos para outra clínica no meio da formação. Isso desorganizou tudo e dificultou a manutenção da continuidade necessária para um progresso real. Precisávamos de uma melhor coordenação para garantir que os mentorados pudessem concluir a mentoria sem interrupções."

Mentor

- 6. Impacto na Saúde Mental:** lidar com casos traumáticos, como o aumento dos casos de violação de menores, deixou alguns mentores emocionalmente sobrecarregados. Muitos mentores reconheceram a necessidade de apoio em saúde mental para ajudar os profissionais

de saúde a processar as suas experiências, uma vez que o fardo emocional do trabalho afectava tanto as suas vidas pessoais como a sua capacidade de prestar cuidados, como ilustrado pela citação abaixo:

“Os dias mais difíceis eram quando trabalhava com sobreviventes de violência sexual, especialmente meninas jovens. Depois de ver tantos casos traumáticos, ia para casa sentindo-me entorpecido, e isso começou a afectar a minha vida familiar. Há um limite para o que uma pessoa pode suportar antes que comece a fazer efeito, e mentores como eu precisamos de mais apoio em saúde mental para lidar com essas experiências.”

Mentor

- 7. Desvio de Medicamentos e Problemas no Mercado Negro:** Na mentoria de SSR, em algumas clínicas de saúde, os mentores enfrentaram problemas com o desvio de medicamentos essenciais, como mifepristona e misoprostol, que eram por vezes vendidos no mercado negro. Isso comprometeu a disponibilidade de opções seguras de aborto e criou desafios adicionais para garantir que os pacientes recebessem os cuidados adequados, como demonstrado na seguinte citação:

“Um dos maiores desafios que enfrentamos foi o desaparecimento de medicamentos essenciais, como mifepristona e misoprostol. Mais tarde, descobrimos que estavam a ser vendidos no mercado negro, o que tornou ainda mais difícil fornecer cuidados seguros de aborto. Quando os medicamentos não estavam disponíveis, os pacientes ficavam sem as opções de que precisavam, e isso comprometeu realmente a qualidade dos cuidados que estávamos a tentar oferecer.”

Mentor

- 8. Colaboração e Comunicação Inadequadas:** A má comunicação entre a MSF e os directores das clínicas, por vezes, interrompia as sessões de mentoria, com os mentorados a serem retirados para outras tarefas. A falta de coordenação entre as organizações também levou a que os mentorados perdessem sessões de formação importantes devido a compromissos prévios ou conflitos de horário, como ilustrado pela citação abaixo:

“Houve vezes em que a má comunicação realmente desorganizou tudo. Estávamos no meio de uma sessão de mentoria e os mentorados eram retirados para outras tarefas porque os directores das clínicas não estavam alinhados. Além disso, muitos mentorados perderam sessões de formação importantes devido a conflitos de horário que poderiam ter sido evitados com uma melhor coordenação.”

Mentor

Estes desafios destacam, em conjunto, as complexidades de implementar uma mentoria em ambientes de saúde com recursos limitados e culturalmente diversos.

Melhorias específicas trazidas pela mentoria aos mentorados

Apesar dos desafios apresentados acima, há evidências definitivas de melhoria nas competências e no conhecimento dos mentorados, como atestam os gráficos abaixo. A Figura 5 mostra o aumento percentual nas pontuações dos testes pós-formação para todos os centros de saúde, excepto Manga Loforte; enquanto a Figura 6 mostra um aumento semelhante em todas as áreas de assunto.

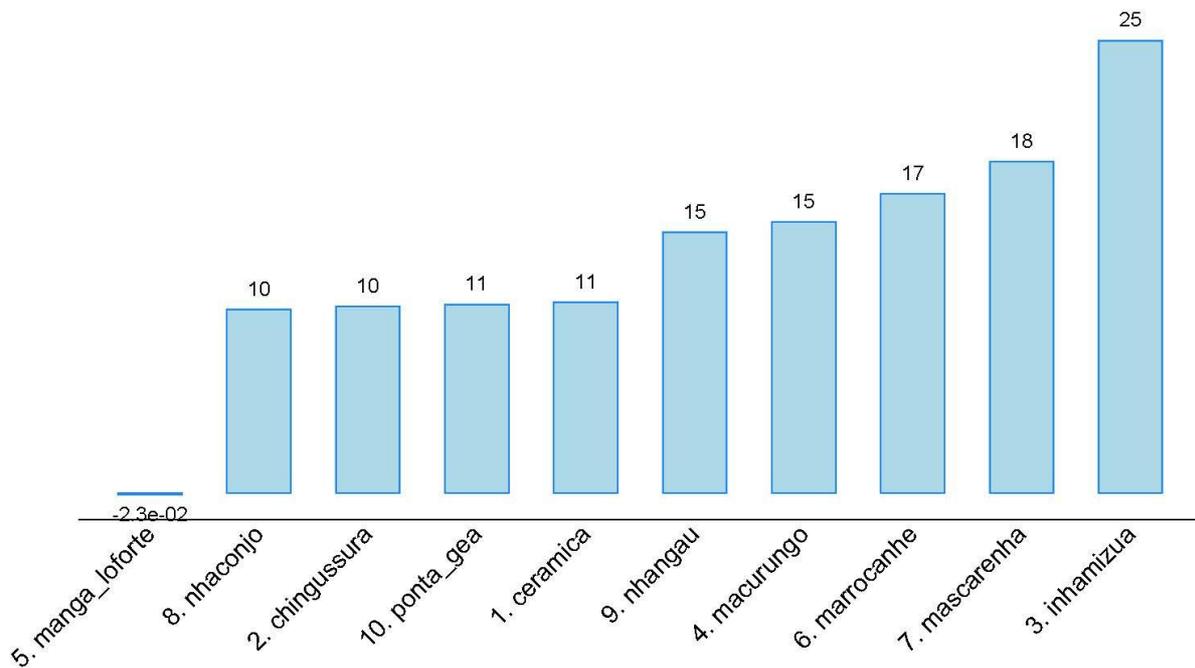


Figura 5. Melhoria percentual nas pontuações dos testes, por centro de saúde

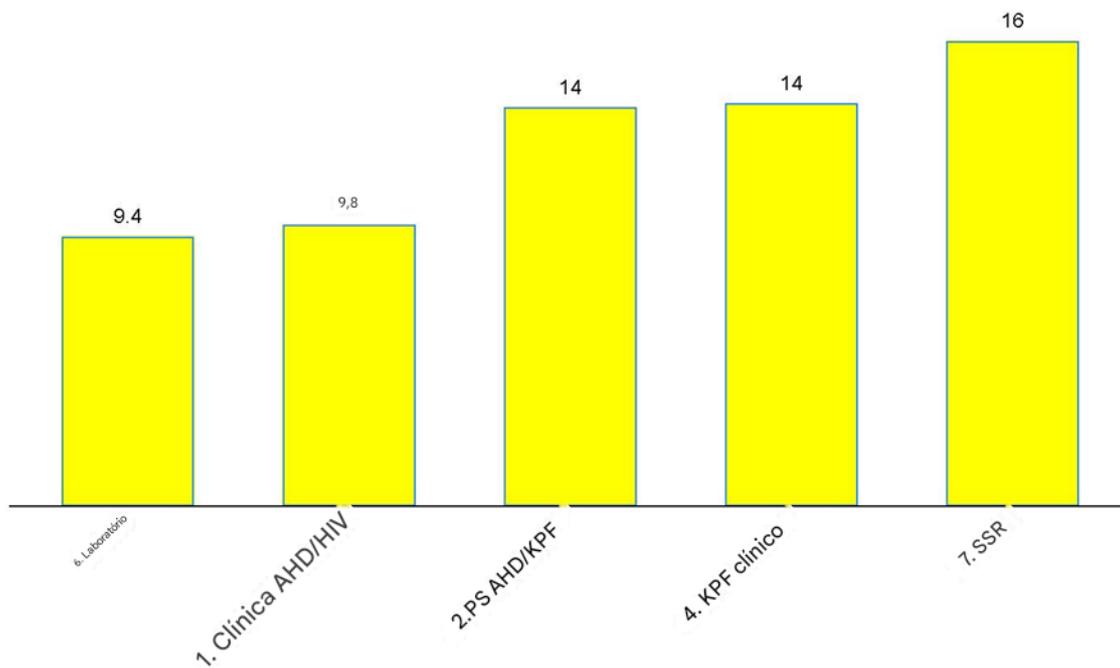


Figura 6. Melhoria percentual nas pontuações dos testes, por pacote de formação de mentoria

Os resultados são semelhantes nas pontuações de impacto global (avaliadas pelo mentor). As Figuras 8 e 9 mostram um aumento notável nessas pontuações em todos os centros e para todas as mentorias.

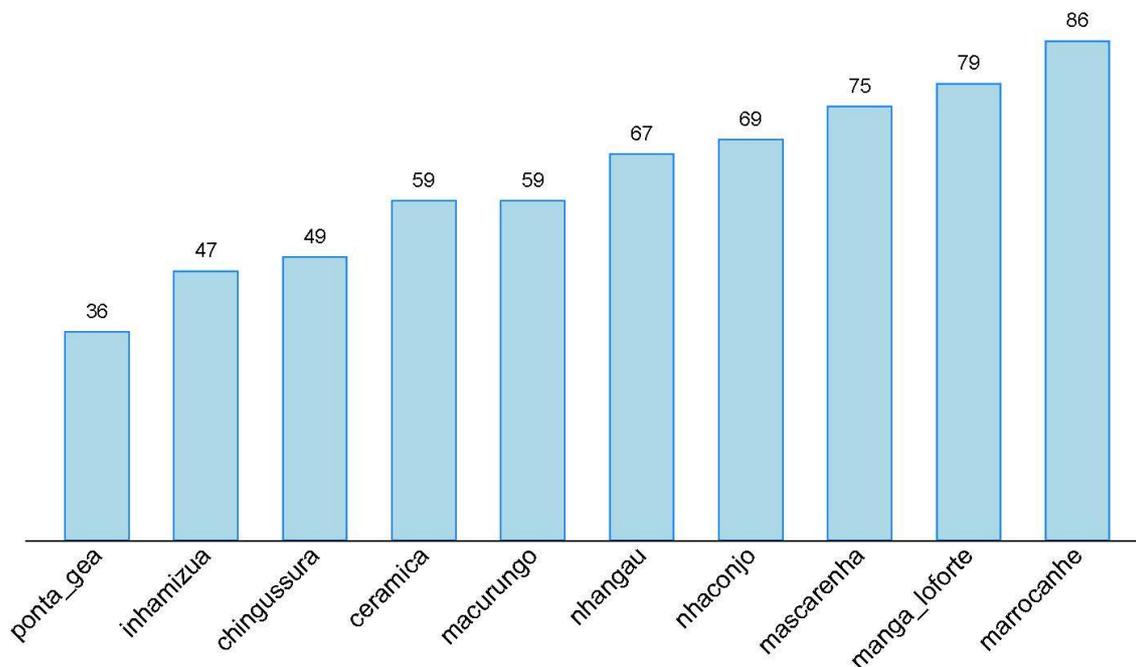


Figura 7. Melhoria percentual nas pontuações de impacto global, por centro de saúde

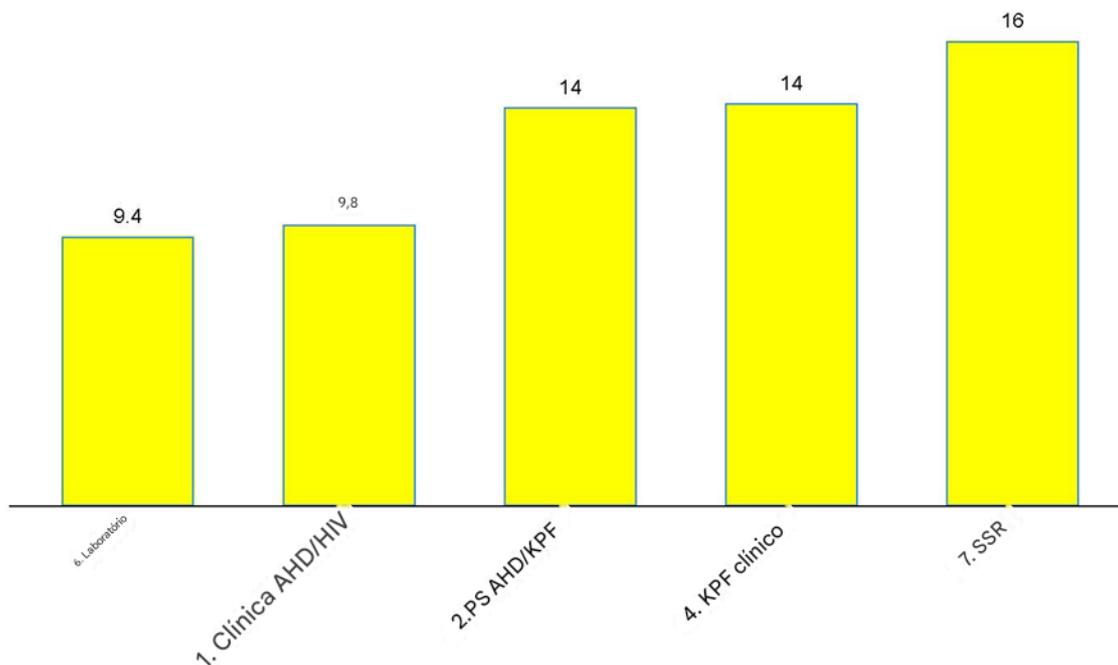


Figura 8. Melhoria percentual nas pontuações de impacto global, por pacote de formação de mentoria

RESULTADOS E SAÍDAS DA DESCENTRALIZAÇÃO NOS CENTROS DE SAÚDE

Resultados na Doença avançada por HIV

Na **assistência ao HIV avançado**, a componente mentoria durou 12 semanas e focou no diagnóstico precoce e gestão de infecções oportunistas, retenção de pacientes, adesão aos ARVs e aumento da realização de testes para tuberculose e antigénio criptocócico. A componente mentoria teve como objectivo reduzir a morbilidade e mortalidade precoces, melhorando a capacidade dos profissionais de saúde em gerir casos complexos de HIV e coordenar cuidados com hospitais centrais quando necessário.

"Antigamente, eu via um paciente entrar na sala de consulta e pensava: 'Bem, parece estar bem.' Mas agora sei que conseguir andar não significa muito. Podem estar a entrar e de repente desmaiar, morrendo na minha frente. O HIV é uma doença traiçoeira, e não se pode saber quem está realmente bem só de olhar para a pessoa. Não há como julgar a saúde de alguém apenas pela sua aparência. Eu não sabia disso antes da mentoria da MSF. Para pacientes com HIV avançado, agora sei o protocolo de testes e tratamentos a seguir."

Mentorado, Centro de Saúde de Manga

A mentoria contribuiu para uma melhor integração dos serviços, permitindo que os pacientes acessem a múltiplos serviços—como exames de sangue, reposição de medicamentos e consultas clínicas—durante uma única visita. Isso reduziu o fardo de múltiplos compromissos nas clínicas, tornando os cuidados mais eficientes. Os mentores observaram que os profissionais de saúde adquiriram uma compreensão mais profunda da gestão abrangente do HIV e tornaram-se mais

habilitados em identificar casos avançados de HIV precocemente. Além disso, a mentoria fomentou uma cultura de apoio, com os mentorados continuando a procurar orientação dos mentores mesmo após o fim do período formal de formação, ilustrando o valor contínuo do programa.

"Eu vi que o programa de mentoria levou a grandes melhorias no fluxo de cuidados para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Em muitas clínicas, os pacientes agora podem aceder a múltiplos serviços numa única visita, como exames de sangue, reposição de receitas e consultas clínicas, tudo no mesmo dia. Isso mudou, antes da mentoria não era assim. Para as clínicas que ainda não oferecem este modelo de 'loja única', estão a ser feitos esforços para agendar todas as consultas necessárias no mesmo dia, a fim de reduzir o fardo de múltiplas viagens à clínica de saúde para os pacientes."

Mentor

De acordo com a maioria dos mentores entrevistados, a percepção geral é que o programa de mentoria melhorou a compreensão dos profissionais de saúde sobre o tratamento do HIV avançado, permitindo-lhes reconhecer casos complexos mais cedo e fornecer tratamento adequado e atempado. Esta abordagem proactiva parece estar a melhorar a retenção de pacientes e os resultados, garantindo que os pacientes recebam cuidados abrangentes—incluindo exames, medicação e consultas—todos numa única visita. De acordo com a maioria dos mentores, este processo simplificado reduziu as hipóteses de os pacientes serem negligenciados, contribuindo para uma melhor gestão global do HIV avançado e melhores resultados de saúde na comunidade. Estas citações destacam o impacto transformador da componente mentoria nos serviços de saúde, nos cuidados aos pacientes e no desenvolvimento profissional dos agentes de saúde.

"Uma das partes mais gratificantes da mentoria tem sido ver os profissionais de saúde realmente entenderem as complexidades do HIV avançado. Agora, eles conseguem detectar a doença precocemente, fornecer os cuidados adequados e garantir que os pacientes não sejam negligenciados. Criámos até sistemas onde os pacientes podem obter tudo o que precisam numa única visita, desde exames até medicação. Isso fez uma enorme diferença nos resultados dos pacientes."

Mentor



Figura 9. Resultado da Doença Avançada por HIV da descentralização no APS

Desafios:

De acordo com muitos participantes, antes da componente de mentoria, os profissionais de saúde frequentemente encaminhavam pacientes gravemente doentes para o Hospital Central da Beira, onde muitos chegavam em condições precárias e faleciam pouco depois de serem admitidos.

"Antes da mentoria da MSF, muitos pacientes com HIV chegavam ao hospital principal da Beira, o Hospital Central da Beira (HCB), em estágios muito avançados da doença, com uma grande percentagem deles sucumbindo à doença apenas dias após a admissão no hospital. E essa alta taxa de mortalidade era uma grande preocupação para o MISAU e, claro, para os profissionais de saúde em geral."

Representante do MISAU

A iniciativa de mentoria ajudou a equipa local a reconhecer melhor os sinais precoces de imunossupressão, particularmente em pacientes com HIV avançado, levando a encaminhamentos e investigações laboratoriais mais oportunos, o que melhorou os resultados dos pacientes ao possibilitar intervenções mais precoces. No entanto, manter este nível de cuidados tem-se tornado cada vez mais desafiador sem o apoio contínuo da MSF. Embora o projecto de mentoria tenha introduzido habilidades e protocolos valiosos, muitas unidades de saúde agora enfrentam dificuldades em manter cuidados proactivos devido à falta de recursos, incluindo ferramentas de diagnóstico, medicamentos e materiais de laboratório, como resume este mentorado:

"Vivemos três fases distintas: antes da mentoria da MSF, durante a mentoria com supervisão contínua, e agora, depois de concluída a mentoria. Antes da mentoria da MSF, estávamos a fornecer os melhores cuidados que sabíamos, mas, em retrospectiva, provavelmente estávamos a enviar para casa muitos pacientes com HIV avançado que não conseguimos detectar. As taxas de mortalidade eram altas e muitos pacientes abandonavam o tratamento. Durante a mentoria, parecia que estávamos numa situação ideal. Estávamos a aprender e a praticar sob a supervisão da MSF, ficando mais confiantes a cada dia. A MSF assegurou que tivéssemos todos os materiais necessários para os testes laboratoriais, materiais de escritório, formulários para registar os resultados dos pacientes e ferramentas para os acompanhamentos. No entanto, a nossa realidade atual é desafiante. Embora agora tenhamos o conhecimento e as habilidades para fornecer cuidados de excelência, enfrentamos frequentemente escassez de materiais de laboratório. O MISAU envia frequentemente menos materiais do que pedimos, e regularmente ficamos sem formulários essenciais para registar as informações dos pacientes e os resultados dos testes. O programa de mentoria nos equipou bem, mas agora estamos a enfrentar uma situação difícil, onde a falta de materiais impede a nossa capacidade de implementar plenamente as estratégias e habilidades que aprendemos durante a mentoria da MSF."

Mentorado do Centro de Saúde de Chingussura

De acordo com alguns mentorados, embora a mentoria da MSF tenha capacitado os profissionais de saúde com as habilidades para diagnosticar e gerir o HIV avançado, a falta de recursos essenciais, como ferramentas de diagnóstico no ponto de atendimento, como o Visitec, tem dificultado gravemente a sua capacidade de aplicar esse conhecimento. Especialmente nas unidades de saúde que não têm infra-estrutura laboratorial completa, os pacientes agora precisam viajar longas distâncias para realizar o teste de CD4, o que leva a diagnósticos perdidos e ao tratamento atrasado para infecções oportunistas. De acordo com os mentorados, muitos pacientes, devido a restrições financeiras ou pessoais, não conseguem fazer essas viagens, deixando-os sem os cuidados necessários. Essa lacuna nos recursos prejudica o progresso feito durante a mentoria e deixa os profissionais de saúde frustrados e impotentes para fornecer os cuidados que sabem ser necessários.

"Como podemos chamar isso de descentralização se os pacientes têm que viajar longas distâncias até os serviços especializados só para fazer o teste de CD4? Com a MSF, tínhamos o Visitec, que nos dizia em minutos se o paciente tinha menos de 200 CD4—permitindo-nos testar outras infecções oportunistas e tratá-las imediatamente. Mas agora precisamos encaminhá-los... O que acontece se eles não têm tempo ou dinheiro para viajar? E se não têm quem cuide dos filhos? Muitos pacientes simplesmente não vão, não são diagnosticados com HIV avançado e não fazem os testes e tratamentos necessários. Sabemos o que devemos fazer, mas não conseguimos aplicar o que aprendemos durante a mentoria da MSF porque não temos os recursos para isso. E isso me deixa muito frustrado, até com raiva..."

Mentorado, Centro de Saúde de Manga Loforte

O resultado líquido desses desafios está reflectido na Figura 9, que mostra a variação trimestral em duas medidas de resultados da DAH acompanhadas pelo projeto – a percentagem de casos de HIV+ com CD4<200 que realizaram TB LAM e CrAg. O projecto estabeleceu uma meta de 90% para essas medidas, que foi atingida/quase atingida em alguns trimestres para CrAg, mas nunca para TB LAM.

Resultados de saúde sexual e reprodutiva

a. Comentário geral sobre os resultados de SSR

O programa de mentoria em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR) teve a duração de três meses e incluiu um treinamento abrangente sobre vários tópicos, como violência sexual e de género, cuidados seguros de aborto e uma série de serviços de SSR, incluindo contracepção, prevenção e tratamento de ITSs e cuidados de saúde materna. Como os cuidados de saúde materna englobam serviços de SSR, como contracepção e tratamento de ITSs, o treinamento ofereceu uma abordagem holística de SSR, embora pudesse beneficiar de distinções mais claras entre esses serviços. Além das habilidades clínicas, os mentores também trabalharam para aumentar a conscientização na comunidade através de métodos inovadores, incluindo colaborações com estações de rádio e a organização de apresentações teatrais nas salas de espera para desmistificar conceitos erróneos comuns sobre os serviços de SSR.

"Para aumentar a conscientização da comunidade e incentivar a utilização dos serviços de SSR, colaborei com estações de rádio locais para divulgar a informação. Além disso, também organizamos um clube de teatro que realizava pequenas encenações para os pacientes enquanto estavam na sala de espera, abordando equívocos comuns—como a crença de que os serviços de SSR eram caros ou que o aborto não estava disponível—e enfatizando que esses serviços eram gratuitos e acessíveis."

Mentor

De acordo com mentores e mentorados, a mentoria em SSR transformou a forma como os mentorados agora prestam cuidados a indivíduos que buscam um aborto seguro e a sobreviventes de violência sexual e com base no género, com muitos adoptando uma abordagem mais holística e compassiva. Isso inclui oferecer apoio psicológico, aconselhamento e encaminhamentos legais. Os mentores destacaram a mudança significativa nas atitudes dos profissionais de saúde, que agora priorizam o cuidado psicológico de longo prazo em ambientes seguros, abordando o trauma profundo que essas crianças experienciam.

“A mentoria em SRH foi mais do que apenas ensinar habilidades clínicas—tratava-se de...” “The SRH mentorship was about more than just teaching clinical skills—it was about changing perspectives on how we care for vulnerable patients. We focused on sensitive issues like safe abortion and sexual violence, but we also worked to ensure that healthcare professionals understood the importance of providing emotional support and follow-up care. The challenge was helping them see beyond the medical procedures, to really connect with patients on a deeper level. And while many were hesitant due to the lack of financial compensation, those who stayed saw the real impact this kind of care can have on a person’s life.”

Mentor

“A maior mudança que vi foi na forma como lidamos com sobreviventes de violência sexual. Passámos de apenas tratar as feridas físicas para oferecer um apoio real e contínuo. Estes pacientes já não são apenas números—criámos espaços seguros onde eles podem receber ajuda psicológica, apoio jurídico e cuidados de acompanhamento. Trata-se de tratar a pessoa como um todo, não apenas as suas necessidades imediatas.”

Mentor

Além disso, a mentoria ajudou a desafiar e, gradualmente, a mudar o estigma profundamente enraizado em torno do aborto, levando à ampliação do acesso aos serviços de aborto seguro. Este progresso foi particularmente impactante para grupos marginalizados, como trabalhadoras do sexo e adolescentes, que antes enfrentavam barreiras consideráveis ao acesso aos cuidados. Os mentores enfatizaram que os profissionais de saúde agora reconhecem a importância crítica de fornecer serviços de aborto seguro e legal para prevenir alternativas perigosas.

"Um dos maiores desafios que tivemos com a mentoria em SSR foi fazer com que os profissionais de saúde participassem do treinamento sobre aborto. Aqui em Moçambique, o aborto está muito ligado a muitas crenças culturais e religiosas—as pessoas pensam que, se você estiver envolvido em fornecer serviços de aborto, será amaldiçoado, não poderá ter filhos ou até mesmo irá para o inferno. Essas crenças dificultaram muito a participação nas sessões de treinamento. Mas eu continuei insistindo, conversando com eles sobre a importância de oferecer cuidados seguros de aborto nas clínicas. Expliquei que as mulheres que querem interromper uma gravidez não planejada vão fazer isso de qualquer maneira, e se não for seguro ou legal, estão arriscando suas vidas. Aos poucos, começaram a perceber que o aborto é uma parte necessária dos cuidados de saúde reprodutiva. Eles até começaram a usar essas conversas para falar também sobre planejamento familiar, prevenção de HIV e serviços de ISTs."

Mentor

"No início, muitos profissionais de saúde não queriam falar sobre aborto. Mas, com o tempo, conseguimos mudar a mentalidade deles. Eles perceberam que as mulheres vão procurar o aborto de qualquer maneira, e é nossa responsabilidade garantir que o façam de forma segura. Agora, estamos vendo mais mulheres indo às clínicas em busca de serviços seguros, em vez de arriscar suas vidas com métodos inseguros."

Mentor

b. Cuidado seguro de aborto

O componente mentoria garantiu acesso a cuidados abrangentes de Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), particularmente para aqueles que procuram cuidados seguros de aborto. Isso é reflectido na Figura 11, que mostra que o indicador alvo para SAC (>90% das solicitações de SAC <12 semanas de gravidez realizadas no CSP) foi facilmente superado em todos os trimestres.

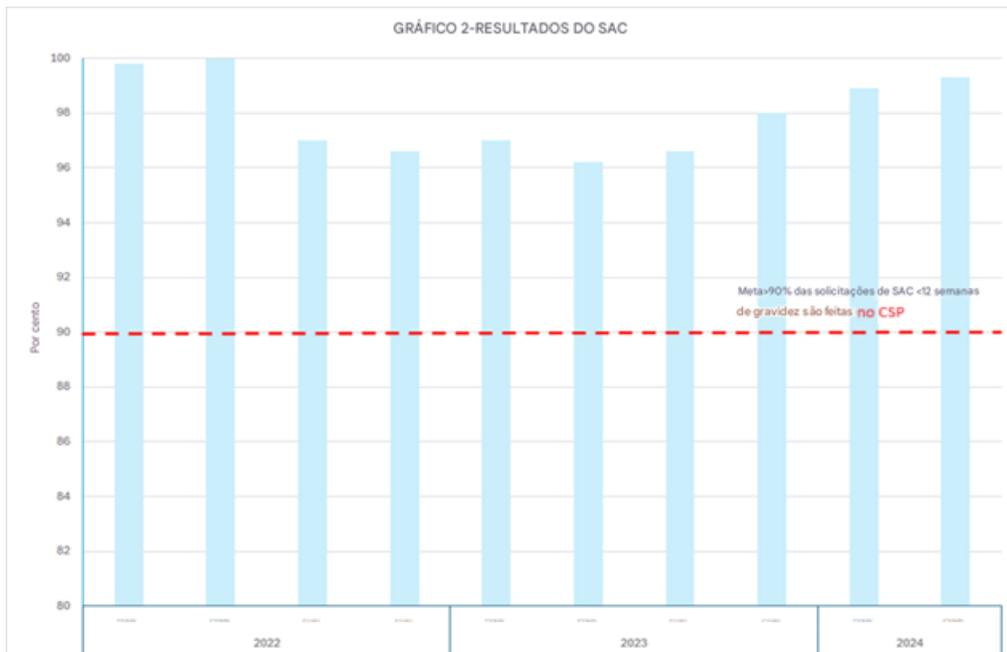


Figura 10. Resultados do SAC da descentralização no CSP.

A mentoria formou os profissionais de saúde para prestar abortos seguros, mas a falta de misoprostol e outros medicamentos essenciais tem forçado os serviços a encaminhar pacientes para outras clínicas, e alguns pacientes acabam buscando alternativas inseguras. Isso resultou em casos de pacientes retornando à clínica com infecções ou até sepse após tentarem abortos clandestinos, segundo alguns mentorados entrevistados durante o trabalho de campo. Muitos mentorados expressaram frustração por, apesar de estarem equipados com o conhecimento e as habilidades para prestar serviços que salvam vidas, a inconsistência na reposição de estoques de farmácia está colocando em risco a segurança dos pacientes e a qualidade do atendimento.

“Mortes evitáveis devido a abortos inseguros (...) ainda estão a acontecer. Agora é menos comum, mas ainda acontece. Mesmo depois de todo o esforço e incrível mentoria da MSF. A pior parte? Estamos presos lidando com a ineficiência do MISAU—estoques vazios, testes em falta, condições precárias nos laboratórios, sem misoprostol. Sabemos que poderíamos fazer melhor, e é isso que torna tudo tão desgastante.”

Mentorado, Centro de Saúde de Manga Loforte

“Sem misoprostol, teríamos que recorrer a abortos por aspiração—um método mais invasivo, com um risco maior de complicações. Embora ainda seja melhor do que abortos clandestinos, está longe de ser ideal em comparação com simplesmente administrar as pílulas de misoprostol.”

Mentorado, Centro de Saúde de Ponta Gêa

A mentoria em SRH fornecida pela MSF permitiu que os profissionais de saúde oferecessem serviços de aborto seguro usando misoprostol. No entanto, de acordo com alguns participantes, isso gerou tensões com outros parceiros, como a UNICEF, que expressaram preocupações de que o foco estava a desviar-se demasiado para os abortos em vez do planeamento familiar e cuidados pré-natais. Isso reflecte um conflito de prioridades entre diferentes organizações, deixando os prestadores de cuidados de saúde no meio de agendas concorrentes.

“Recebemos a mentoria de aborto seguro da MSF e tivemos acesso a misoprostol, então sempre que um paciente procurava um aborto seguro, nós fornecíamos utilizando as pílulas. Mas, depois de um tempo, alguns parceiros, como os da UNICEF, começaram a reclamar, dizendo: ‘Estão a fazer abortos em demasia! Precisam focar mais no planeamento familiar e nos cuidados pré-natais.’ É um choque de diferentes agendas, sabem? E aqui estamos nós, apanhados no meio destes grandes parceiros—UNICEF e MSF.”

Mentorado, Centro de Saúde de Ponta Gêa

c. Cuidados pós-aborto

Desafios persistentes também foram identificados para os cuidados pós-aborto (PAC) por muitos dos mentorados. Para os profissionais de saúde que trabalham em clínicas de difícil acesso, localizadas em áreas rurais, a inacessibilidade aos cuidados pós-aborto era devido às estradas em mau estado, falta de transporte e à longa distância entre a comunidade e a clínica, como podemos ver na seguinte citação:

“Tive uma paciente que tomou algumas ervas para interromper a gravidez e começou a sangrar no dia seguinte, achando que o sangramento iria parar. Mas o sangramento continuou por quase uma semana. Quando ela chegou aqui, estava muito fraca e precisava de cuidados especializados que não conseguimos fornecer. Ela foi encaminhada para o Hospital Central da Beira. Ela voltou alguns meses depois e nos contou que, quando chegou ao Hospital Central, foi marcada uma nova data para ela retornar, mas nunca mais voltou. Fico feliz por ela estar viva, mas ela não conseguiu receber nenhum cuidado pós-aborto...”

Mentorado, Centro de Saúde Cerâmica

Outro problema persistente, de acordo com os mentorados, é a estigmatização enfrentada pelas mulheres que procuram cuidados pós-aborto, particularmente trabalhadoras do sexo e adolescentes. Apesar de alguns prestadores de cuidados de saúde terem participado no programa de mentoria em SSR, muitos outros responsáveis pelos serviços de SSR nas clínicas locais não participaram na mentoria. Alguns mentorados compartilharam casos em que as mulheres eram rotuladas como "matadoras de bebês" ou "pecadoras" pelos funcionários de saúde.

"Lembro-me de um dia em que estava a trabalhar noutra sector e vi uma mulher muito jovem que estava claramente com dores. Ela disse ao rececionista que estava lá para cuidados pós-aborto, e eu pude imediatamente ver a expressão de desaprovação no rosto dele. Quando entrei no gabinete, ouvi-o a dizer-lhe que ela precisava de ir para outra janela porque ele não iria lidar com 'mulheres fáceis que eram matadoras de bebês'. O meu coração afundou quando ouvi isso. Fui falar com ela imediatamente e garanti que ela recebesse os cuidados de que precisava. Ela estava devastada. E este é apenas um exemplo de muitos. Aqui em Moçambique, as pessoas são muito conservadoras, e o aborto e os cuidados pós-aborto ainda são grandes tabus."

Mentorado, Centro de Saúde Manga Loforte

O apoio inconsistente aos serviços pós-aborto é reflectido na Figura 11, onde a meta (100% das mulheres que procuram cuidados pós-aborto têm acesso aos serviços) foi alcançada apenas ocasionalmente.

"Quando procurei serviços de aborto seguro, a enfermeira me reconheceu da sua comunidade. Ela sabia que eu era trabalhadora sexual, e ficou claro que não estava feliz por me ver lá. Ela fez questão de me fazer perguntas dolorosas e invasivas sobre a minha vida, deixando claro que ela acreditava que eu estava a matar uma criança, a terminar uma vida e a fazer o trabalho do diabo duas vezes—primeiro vendendo o meu corpo e depois terminando a minha gravidez. Eu fiz o aborto, mas nunca vou esquecer a forma como ela me olhou com aqueles olhos duros e julgadores. Eu chorei quase todas as noites por muito tempo, sentindo-me como se fosse nada além de lixo."

Activista

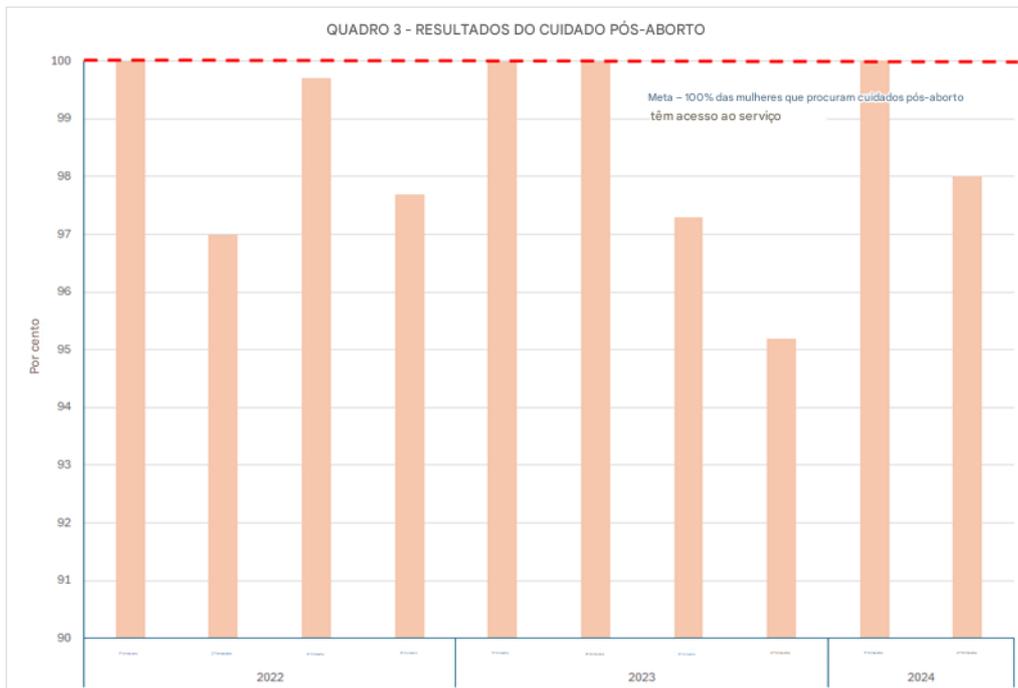


Figura 11. Resultados dos cuidados pós-aborto da descentralização nos Centros de Saúde (PHC).

d. Cuidados dos sobreviventes de SGBV

Segundo alguns mentorados, têm observado melhorias na forma como os agentes de saúde se envolvem e apoiam as sobreviventes de violência sexual e de gênero (VSG) após o programa de mentoria da MSF. Antes da mentoria em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR), as sobreviventes frequentemente enfrentavam julgamento, culpa e indiferença por parte dos agentes de saúde, criando barreiras ao acesso ao apoio crucial. Muitas sobreviventes sentiam-se estigmatizadas ou ignoradas, o que resultava em baixos níveis de confiança no sistema de saúde.

Após a mentoria em SSR, os mentorados demonstraram uma mudança para uma abordagem mais compassiva e centrada na paciente. Agora, tratam as sobreviventes com maior dignidade e empatia, levando as suas experiências a sério. Esta mudança ajudou a criar um ambiente mais seguro e de apoio para as sobreviventes, tornando mais fácil o acesso a serviços como contracepção e aborto seguro, com menos estigma ou julgamento.

“Desde o treino da MSF, dá para perceber que as coisas mudaram um pouco. As enfermeiras que passaram pela mentoria realmente ouvem agora, sem todo o julgamento. É como se finalmente entendessem que nós [trabalhadoras do sexo] também temos necessidades únicas. Agora, não é tão difícil conseguir contracepção ou até mesmo pílulas para aborto seguro, se precisarmos delas. Elas não nos olham de cima para baixo nem nos recusam tanto, o que é um grande alívio.”

Activista

"Eu costumava sentir-me muito desconfortável a tratar trabalhadoras do sexo, e honestamente, tinha os meus próprios preconceitos e julgamentos. Havia muito estigma, até de mim mesma. Mas depois de passar pela mentoria, percebi que não importa qual seja o estilo de vida de alguém—quando eles chegam à clínica, estão ali para receber cuidados, e é nisso que eu preciso focar. Agora, consigo dar aconselhamento adequado, prescrever PrEP e PEP quando necessário, e garantir que recebam o apoio que merecem, especialmente após terem passado por violência sexual. A mentoria não só me fez um melhor prestador de cuidados de saúde, como também abriu os meus olhos enquanto pessoa."

Mentorado, Centro de Saúde Ponta Gêa

Apesar desses desenvolvimentos positivos, certos desafios permanecem, especialmente no que diz respeito ao acompanhamento das sobreviventes de SGBV. O componente mentoria estabeleceu uma meta ambiciosa para que pelo menos 50% das sobreviventes de SGBV completassem o seu calendário de acompanhamento dentro de seis meses, mas esse objectivo não foi atingido (Figura 13). Na verdade, na maioria dos relatórios trimestrais, o indicador permaneceu abaixo de 10%, destacando uma lacuna crítica na continuidade do cuidado para as sobreviventes. Essa deficiência destaca a necessidade de sistemas mais robustos para acompanhar e envolver as sobreviventes após o seu contacto inicial, garantindo que recebam apoio contínuo e serviços de acompanhamento.



Figura 12. Os resultados de SGBV da descentralização nos Centros de Saúde Primária (CSP)

As barreiras ao acesso aos cuidados de SGBV continuam a ser significativas para as populações-chave, particularmente as trabalhadoras do sexo. Apesar das melhorias trazidas pelo componente de

mentoria, muitas trabalhadoras do sexo continuam a enfrentar estigmatização, discriminação e tratamento desigual ao procurar cuidados de saúde. Essas barreiras frequentemente resultam em cuidados atrasados, apoio inadequado e sentimentos de exclusão do sistema de saúde. As trabalhadoras do sexo, em particular, relatam sentir-se julgadas pelas suas escolhas de estilo de vida, o que leva a um acesso reduzido a serviços essenciais como PrEP, PEP e aborto seguro. As seguintes citações de activistas destacam esses desafios persistentes e o custo emocional de navegar num sistema de saúde que frequentemente falha em tratá-las com a dignidade e respeito que merecem:

“Nós, trabalhadoras do sexo, muitas vezes somos tratadas como se tivéssemos pedido pela violência que enfrentamos. Depois de visitar uma das clínicas, saímos sentindo como se não merecêssemos estar lá, como se não pertencêssemos. Está claro que nunca vamos receber o mesmo nível de cuidado ou atenção que as não-trabalhadoras do sexo recebem. Sentamos-nos durante horas, apenas para sermos negadas PrEP, PEP e até testes rápidos. O aborto seguro pode até estar disponível, mas lidar com as enfermeiras é doloroso—elas parecem ter prazer em nos fazer sentir que o nosso estilo de vida nos transforma em monstros, em assassinas de bebés...”

Activista

Outro participante compartilhou preocupações semelhantes sobre o tratamento desigual das mulheres, especialmente aquelas que se identificam como trabalhadoras do sexo:

“Não há um atendimento padrão que trate todas as mulheres igualmente, independentemente do que fazem para viver. Se você se identifica como trabalhadora do sexo, é óbvio que enfrentará tempos de espera mais longos, receberá menos cuidados (se houver) e sairá sentindo-se maltratada. É de partir o coração ver todo o trabalho árduo que fizemos com a MSF a ser deixado para trás, especialmente quando ainda há tanto mais a ser feito. Por favor, diga-lhes que precisamos de mais tempo, precisamos de mais apoio. Estamos morrendo e ninguém se importa...”

Activista

Alguns mentores e mentorados relataram um aumento significativo nos casos de violação de crianças em Beira, frequentemente perpetrados por membros da família. Este cenário sombrio sobrecarregou muitos que participaram do componente mentoria em Saúde Sexual e Reprodutiva (SSR). Os profissionais de saúde expressaram sentir-se despreparados para o volume e a gravidade desses casos, e o impacto emocional foi imenso. Uma mentora descreveu o profundo desgaste emocional causado ao ver crianças pequenas em condições angustiante, o que afectou tanto a sua vida pessoal quanto aumentou a ansiedade em relação à segurança de sua própria família. Esta citação destaca a necessidade urgente de apoio à saúde mental para os próprios profissionais de saúde, enquanto continuam a lidar com o peso emocional de enfrentar casos tão traumáticos.

“Eu não estava preparada para isso. Uma coisa é fazer a mentoria em SSR e falar sobre aborto seguro e melhores práticas. Mas orientar os meus colegas que estavam lidando com caso após caso de crianças sendo violadas pelos padrastos, tios... isso é um nível completamente diferente. Ninguém está preparado para isso. Depois de um dia trabalhando nesses casos, tentando apoiar os meus mentorados da melhor forma possível, eu estava completamente exausta. As imagens daquelas crianças em condições tão terríveis ficaram na minha mente. Isso começou a afectar a minha vida pessoal também — eu não queria que o meu marido até desse banho nas nossas crianças. Eu estava ansiosa o tempo todo, preocupada com a segurança deles. E eu não era a única — os meus mentorados sentiam a mesma coisa. Eu realmente acredito que os profissionais de saúde precisam de apoio à saúde mental para lidar com o trauma de tratar esses casos.”

Mentora

Esses casos envolvem menores particularmente vulneráveis, incluindo bebês e crianças muito pequenas, que precisam não apenas de intervenção médica imediata, mas também de apoio psicológico a longo prazo para se recuperar do trauma. Os mentorados têm se esforçado para fornecer cuidados abrangentes para esses pacientes, e algumas clínicas estabeleceram espaços amigáveis para crianças a fim de criar um ambiente mais acolhedor para essas jovens sobreviventes. Por exemplo, o Centro de Saúde de Chingussura criou uma sala especialmente projectada para crianças que sofreram violência sexual. Equipado com brinquedos, paredes coloridas e um piso acarpetado, o objectivo da sala é proporcionar conforto e segurança, reflectindo uma crescente conscientização sobre a importância de cuidados informados pelo trauma. Esta iniciativa reconhece o impacto emocional significativo sobre as crianças sobreviventes e representa um esforço para oferecer ambientes seguros e compassivos para aqueles afectados pela violência sexual. É importante observar, no entanto, que esses espaços seguros foram desenvolvidos após a conclusão do programa de mentoria e fizeram parte de uma iniciativa separada, não directamente vinculada à mentoria. Apesar desses esforços, o acompanhamento desses casos foi difícil:

“Para as crianças que sobreviveram à violência sexual, duas clínicas criaram espaços seguros com brinquedos e decoração amigável para crianças, a fim de criar uma atmosfera acolhedora onde elas pudessem se sentir mais à vontade ao conversar com os profissionais de saúde e receber os cuidados de que precisavam. O trauma que essas crianças enfrentam exige mais do que apenas atenção médica imediata—exige apoio psicológico a longo prazo para ajudá-las a curar e reconstruir suas vidas. Proporcionar um ambiente seguro e acolhedor para essas jovens sobreviventes é crucial, mas também incrivelmente desafiador. Os profissionais de saúde, agora treinados através da mentoria SSR, estão fazendo tudo o que podem para oferecer cuidados e apoio abrangentes, com foco tanto nas crianças quanto nos seus responsáveis legais, com a máxima prioridade em sua segurança e bem-estar a cada passo. O acompanhamento dos casos é muito delicado e difícil, porém—especialmente se a criança estiver vivendo com o agressor...”

Mentor

Os resultados destacam vários desafios e melhorias na forma como os profissionais de saúde lidam com a violência sexual e baseada no género (SGBV) após a mentoria SRH. Um grande número de mentorados e mentores percebeu uma mudança para cuidados mais compassivos e centrados no paciente, especialmente para sobreviventes de violência e populações-chave, como as trabalhadoras do sexo. Apesar dessas melhorias, muitos obstáculos persistem, particularmente no que diz respeito à estigmatização e ao tratamento desigual das trabalhadoras do sexo. As sobreviventes frequentemente enfrentam julgamento e discriminação, resultando em cuidados atrasados ou inadequados. Além disso, o aumento dos casos de violação infantil em Beira sobrecarregou muitos profissionais de saúde, que se sentiram despreparados para o impacto emocional de lidar com tais casos. Embora tenham sido feitos esforços para criar ambientes amigáveis para as crianças e fornecer apoio psicológico, o acompanhamento de cuidados continua a ser desafiador, particularmente para as crianças que ainda vivem com seus agressores. Os mentores enfatizaram a necessidade de apoio contínuo à saúde mental para os próprios profissionais de saúde, a fim de lidar com o trauma que encontram nesses casos.

Serviços específicos para populações-chave (PC)

Os directores das clínicas em vários centros de saúde observaram que, após a mentoria da MSF, os mentorados apresentaram maior sensibilidade e competências/habilidades para se envolver e apoiar as populações-chave (PC). Algumas clínicas, como o Centro de Saúde de Macurungo, introduziram áreas dedicadas especificamente para atender às necessidades das PC. Esses espaços oferecem serviços como PrEP, PEP e aconselhamento abrangente, que inclui não apenas educação em saúde e estratégias de redução de riscos, mas também apoio emocional e psicológico adaptado aos desafios únicos enfrentados pelas PC. Essa abordagem holística promove um ambiente de saúde mais inclusivo e acolhedor, visando tornar os centros de saúde mais receptivos e responsivos às necessidades de grupos vulneráveis.

As nossas observações de campo identificaram que, após a mentoria da MSF para as PC, muitos centros de saúde estabeleceram parcerias com organizações comunitárias lideradas por PC, activistas locais que são, eles mesmos, trabalhadores do sexo, HSH(homens que fazem sexo com homens) ou pessoas transgéneras, e frequentemente capacitados e empregados como agentes de saúde comunitária para alcançar, envolver e manter as PC em cuidados. Alguns centros de saúde começaram a utilizar unidades móveis para oferecer tratamento e cuidados dentro das comunidades, melhorando o alcance. No Centro de Saúde de Ponta Gêa, por exemplo, os membros da comunidade recebem os pacientes duas vezes por semana, orientando-os pelas instalações para garantir que recebam os serviços necessários e sejam tratados com respeito e dignidade. Esta parceria com os membros da organização Takaezana ajudou a criar um ambiente mais inclusivo e de apoio para as PC.

Da mesma forma, o Centro de Saúde de Manga Loforte tem colaborado com activistas do sector de PC da comunidade para garantir que as PC se sintam confortáveis e respeitadas ao acessar os cuidados. De acordo com os mentorados, a mentoria da MSF sobre como trabalhar com PC melhorou significativamente a capacidade da clínica de identificar e apoiar esses grupos, oferecendo aconselhamento especializado, PrEP recém-introduzido, testes rápidos de HIV e tratamento com ARV para aqueles que testam positivo. Tanto uma enfermeira quanto um psicólogo do Centro de Saúde de

Manga Loforte participaram na mentoria para PC e agora oferecem cuidados personalizados para as PC, melhorando ainda mais a prestação de serviços.

No Centro de Saúde de Manga Mascarenhas, a clínica envolve activamente a comunidade empregando estratégias de alcance direccionado, como o uso do 'homem campeão' para os homens e da 'mãe mentora' para as mulheres, garantindo um alcance mais amplo a diversas populações. Essas parcerias e estratégias fortaleceram a capacidade da clínica de fornecer cuidados abrangentes e respeitosos para as PC. Os impactos positivos podem ser ilustrados pelas seguintes citações:

“Eu sei que posso confiar na Enfermeira S. Ela não me olha com nojo ou simplesmente me entrega preservativos enquanto me diz para pensar nas esposas e filhos dos meus clientes. Ela é melhor do que isso. Ela vai sentar comigo, ouvir como é realmente a minha vida e elaborar um plano para me ajudar a tomar os meus ARVs a tempo, mesmo que eu esteja a trabalhar até tarde e a dormir com muitos homens para alimentar os meus próprios filhos. Isso é novo, e é graças à mentoria da MSF que agora temos pessoas como a Enfermeira S. como nossas aliadas.”

Membro das populações-chave

“A MSF realmente mudou tudo. Agora é mais fácil ir a uma clínica e receber o tratamento de que precisamos, sabemos a quem procurar, quem saberá os nossos nomes e nos tratará com respeito. Não está perfeito, especialmente quando aquelas pessoas que receberam a formação da MSF não estão na clínica. É quando nos sentimos como lixo novamente... Seria bom se todos, todos na clínica, fossem treinados para nos respeitar a todos. Somos todos seres humanos, e dentro de uma clínica somos todos pacientes. Não importa o que fazemos fora da clínica, se estamos lá, somos pacientes que precisam de cuidados... Mas definitivamente está melhor.”

Membro das populações-chave

Apesar desses avanços, desafios significativos ainda permanecem:

"A MSF mudou tudo! Antes de eles chegarem, não havia unidades móveis, e tudo começou quando a MSF começou a fazer contacto direto com as comunidades. Nunca sentimos que pertencíamos às clínicas— as pessoas olhavam para nós, pensando coisas como: 'Um homem de capulana? Isso é contra Deus.' Até as mulheres e enfermeiras nos olhavam como se estivéssemos a destruir a comunidade, dizendo coisas como: 'Essas prostitutas estão a destruir famílias e a espalhar doenças.' Mas nas unidades móveis, pela primeira vez, sentimos realmente que fomos vistos—não apenas como pacientes, mas como seres humanos com dor, sofrimento, necessidades e problemas como qualquer outra pessoa. Quando soubemos que as enfermeiras das unidades móveis também trabalhavam numa clínica específica, começamos a perguntar quando elas estariam lá e íamos a essa clínica só para sermos tratados com respeito."

Membro das populações-chave

As observações de campo e entrevistas com PC e activistas locais revelaram que o estigma e a discriminação continuam a ser questões significativas para esta população. Embora a formação em PC tenha avançado na promoção de cuidados mais inclusivos, nem todos os prestadores de cuidados de saúde abraçaram completamente os seus princípios. Muitos ainda lutam para oferecer serviços abrangentes e sem julgamento. Alguns membros da equipa não participaram na formação devido a transferências ou sobrecarga de trabalho, o que limitou a sua capacidade de formar colegas e garantir cuidados consistentes nas clínicas. Isso resultou em níveis variados de qualidade de serviço, onde os pacientes frequentemente enfrentam barreiras, como atitudes desdenhosas ou, em alguns casos, recusa directa de cuidados.

Essas inconsistências destacam lacunas na implementação da formação, sublinhando a necessidade de uma formação mais abrangente e sustentada para todos os níveis de pessoal de saúde, estratégias de advocacia e inclusão de representantes de PC no desenvolvimento e melhoria das estratégias. Sem um compromisso completo em entender e abordar as necessidades únicas de PC, o impacto potencial da formação em PC permanece subutilizado. Relatórios de pacientes sobre a recusa de testes rápidos de HIV ou aconselhamento inadequado reflectem uma falha em aderir plenamente aos princípios de cuidados inclusivos e centrados no paciente, o que agrava ainda mais as disparidades de saúde e reforça os sentimentos de marginalização entre esses grupos vulneráveis.

A persistência dessas barreiras não só impede o progresso feito pelo projecto de formação, mas também perpetua a marginalização de PC dentro do sistema de saúde. Para que a mudança duradoura se estabeleça, é essencial um compromisso sustentado com formação e apoio contínuos, juntamente com o fomento de uma cultura de saúde que priorize consistentemente a dignidade, os direitos e o bem-estar de todos os pacientes. Só com tal dedicação o sistema de saúde poderá abraçar totalmente um modelo de cuidados equitativo, respeitoso e centrado no paciente, garantindo que ninguém seja deixado para trás no acesso a serviços essenciais.

"A lei mudou, legalizou o trabalho sexual, mas os profissionais de saúde não mudaram a sua mentalidade. Para eles, não somos trabalhadoras, somos vetores descuidados de doenças. E não merecemos o mesmo cuidado que uma mulher com família ou uma mulher grávida. A nossa vida é menos valiosa."

Membro das populações-chave

SUPORE LOGÍSTICO PARA UMA DESCENTRALIZAÇÃO EFETIVA

Importância do suporte logístico para a descentralização

Sem exceção, todos os participantes concordaram que, embora o componente mentoria tenha sido essencial para melhorar a capacidade dos mentorados em fornecer melhores serviços de HIV e SRH, também reforçaram de forma unânime que a mentoria por si só não é suficiente sem um suporte logístico e de cadeia de suprimentos confiável.

"O estigma ainda é muito difícil... Muitas vezes, os profissionais de saúde nos tratam com desrespeito, e é difícil não se sentir julgado ou indesejado. Só conseguir uma consulta já é uma luta, e mesmo que você consiga, os tempos de espera são mais longos para nós. Às vezes, você sai sem nem mesmo receber a medicação de que precisa. Exames laboratoriais, como para sífilis ou HIV, frequentemente não estão disponíveis ou são reservados para outras pessoas, como mulheres grávidas, o que nos faz sentir que nossa saúde realmente não importa."

Membro das populações-chave

Eles enfatizaram que um fornecimento estável e consistente de materiais laboratoriais, medicamentos e outros recursos essenciais é crucial para que os profissionais de saúde apliquem de forma eficaz as habilidades e conhecimentos adquiridos durante a mentoria. Infelizmente, as frequentes interrupções na cadeia de suprimentos frequentemente resultam em faltas, forçando os profissionais de saúde a recusarem pacientes, comprometendo assim a qualidade geral do atendimento.

"A mentoria foi realmente útil, mas qual é o sentido de aprender todas essas novas habilidades se não temos os suprimentos para realmente utilizá-las? É tão frustrante saber como fornecer o melhor atendimento, mas não ter as ferramentas necessárias. As pessoas ainda estão fazendo abortos inseguros, pacientes com HIV e tuberculose estão sendo subdiagnosticados, e aqueles com HIV avançado não estão recebendo os resultados de CD4 tão rapidamente quanto precisamos. A equipe de laboratório passa horas ao telefone, pedindo para amigos alguns testes, e quando finalmente os obtêm, têm que escolher quem será testado, porque nunca há testes suficientes para todos. Acredito que, se realmente queremos descentralizar o atendimento ao HIV, isso tem que ser um esforço liderado pelo governo. Não podemos continuar dependendo de doadores externos para sempre."

Mentorado

Muitos participantes enfatizaram que o impacto da mentoria também depende do apoio mais amplo das instâncias superiores do sistema de saúde, incluindo o MISAU, líderes provinciais e directores de centros de saúde. Sem um forte compromisso político, infra-estrutura adequada e uma alocação apropriada de recursos, os benefícios totais do programa de mentoria não podem ser realizados. Um apoio logístico abrangente é vital, incluindo a construção de salas adicionais nos centros de saúde, o adequado equipamento dos laboratórios e a garantia da disponibilidade de testes diagnósticos e tratamentos. Estes elementos são cruciais para transformar as habilidades adquiridas com a mentoria em melhorias práticas e sustentadas nos serviços descentralizados de atendimento ao HIV.

"Como podemos chamar isso de descentralização se os pacientes têm que viajar longas distâncias para serviços especializados apenas para obter a contagem de CD4? Com a MSF tínhamos o Visitec, que nos dizia em minutos se o paciente tinha menos de 200 CD4 – permitindo-nos testar para outras infecções oportunistas e tratá-las imediatamente. Mas agora precisamos encaminhá-los... O que acontece se eles não têm tempo ou dinheiro para viajar? E se não tiverem ninguém para cuidar dos filhos? Muitos pacientes simplesmente não vão, não são diagnosticados com HIV avançado e não fazem os testes nem recebem o tratamento de que precisam. Sabemos o que deveríamos fazer, mas não conseguimos aplicar o que aprendemos durante a mentoria da MSF porque não temos os recursos para isso. E isso me deixa realmente frustrado, até com raiva..."

Mentorado, Centro de Saúde Marrocanhe

"Para que o programa de mentoria realmente sobreviva em Beira e além, precisamos de mais do que apenas boas intenções. Precisamos de um forte apoio financeiro e, honestamente, não acho que o MISAU consiga fornecer isso de forma consistente, especialmente com as escassez de suprimentos que estamos vendo por toda parte. Também precisamos avaliar as necessidades específicas de cada região antes de lançar o programa em outros lugares e trabalhar de perto com organizações locais. Sem isso, não vejo como o programa pode ser sustentado ou expandido, especialmente com o sistema de saúde já tão sobrecarregado."

Mentor

As visitas de campo revelaram que os centros de saúde rurais e de difícil acesso, como os centros de saúde de Marrocanhe e Cerâmica, enfrentam desafios significativos devido à falta de espaço dedicado para laboratórios. Esses centros dependem de um estoque limitado de testes rápidos para HIV, malária e sífilis, bem como de um pequeno fornecimento de testes Visitect para avaliar os níveis de CD4 abaixo de 200 células/ μ L. Mesmo os centros de saúde com capacidade laboratorial frequentemente lutam para manter um fornecimento estável de reagentes e materiais laboratoriais

essenciais, incluindo materiais de escritório e formulários para pacientes. Os suprimentos fornecidos pelo MISAU muitas vezes chegam com atraso e em quantidade insuficiente, dificultando a capacidade da clínica de fornecer cuidados consistentes. É comum os centros de saúde experimentarem falta de suprimentos laboratoriais, forçando-os a interromper os serviços de testes no meio da semana. Apesar dos esforços dos gestores das clínicas para garantir materiais entrando em contacto com outras clínicas, pedindo favores ou contactando o MISAU, os suprimentos que acabam chegando frequentemente são inadequados para atender à demanda dos centros.

Serviços do laboratório

De acordo com muitos mentores e mentorados, o componente mentoria da descentralização da DAH melhorou o conhecimento e as habilidades dos técnicos de laboratório. Muitos agora estão capacitados para realizar testes críticos, como CD4, CrAg e TB LAM, directamente nas clínicas locais. Esse avanço reduziu significativamente a necessidade de os pacientes viajarem para centros especializados distantes, melhorando assim o acesso a cuidados oportunos. A introdução de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) nos laboratórios aprimorou ainda mais a eficiência, garantindo a qualidade consistente dos serviços e a sustentabilidade, mesmo quando novos membros da equipa se juntam. Os mentores observaram uma melhoria significativa na gestão de laboratórios, controle de inventário e no registo de pacientes, tornando os laboratórios mais organizados e eficazes.

a. Abastecimento

Durante a mentoria, os técnicos de laboratório receberam treinamento completo, permitindo-lhes realizar testes adicionais, como Visitec (teste rápido qualitativo de CD4), TB LAM e CrAg a nível da clínica, o que desempenhou um papel crucial na descentralização do diagnóstico de DAH e no diagnóstico/tratamento de infecções oportunistas. Este treinamento foi apoiado por um fornecimento consistente de materiais de laboratório, garantindo que esses testes pudessem ser realizados sem interrupções. No entanto, após o término da mentoria, as clínicas começaram a enfrentar frequentes escassezes de suprimentos de laboratório e formulários essenciais para o registo das informações dos pacientes. As entregas inconsistentes e insuficientes de suprimentos por parte do MISAU se tornaram um grande obstáculo, dificultando a implementação completa das estratégias e habilidades adquiridas durante a mentoria. A incapacidade de manter uma cadeia de suprimentos estável tem sobrecarregado os profissionais de saúde, que agora frequentemente se vêem ligando para colegas semanalmente em busca de testes essenciais e reagentes.

"O abastecimento de ARVs é sempre consistente, mas quando se trata de laboratório, a mentoria da MSF realmente melhorou nossa capacidade de realizar testes, fornecendo-nos tanto o treinamento quanto todos os materiais que precisávamos. Infelizmente, depois que a MSF saiu, os materiais começaram a escassear. Agora, se quisermos realizar testes de CD4 ou qualquer outro, temos que submeter vários pedidos ao MISAU, pedir favores e depender de conexões pessoais. Temos as habilidades, e sabemos o quão crucial é para cada paciente. Queremos impedir que eles progridam para o HIV avançado, mas sem os materiais certos para testes de TB, triagens de CrAg ou contagens de CD4, nossas mãos estão atadas. É frustrante—o sistema simplesmente parece quebrado, sabe?"

Mentorado, Centro de Saúde Nhaconjo

b. *Infraestruturas*

As capacidades laboratoriais nos centros de saúde mostraram uma variação significativa, destacando uma lacuna crítica na infra-estrutura do sistema de saúde. Clínicas como a de Ponta-Gêa destacaram-se pelos seus avançados laboratórios biomoleculares, que eram capazes de realizar uma ampla gama de testes diagnósticos, servindo como centros de referência para instalações menores e menos equipadas. Esta infra-estrutura laboratorial abrangente permitiu à Ponta-Gêa fornecer diagnósticos rápidos e precisos, contribuindo para uma melhor assistência e resultados para os pacientes. No entanto, tais instalações bem equipadas foram a exceção, e não a regra.

Em contraste directo, clínicas rurais como as de Cerâmica e Marrocanhe estavam limitadas a fornecer apenas testes rápidos básicos devido à falta de infra-estrutura, equipamentos e pessoal treinado. Essas clínicas não tinham serviços laboratoriais essenciais, como contagem de CD4, testes de carga viral e hemogramas, que são cruciais para monitorizar e gerir o HIV e outras condições crónicas. Sem esses diagnósticos avançados, os prestadores de cuidados nessas clínicas enfrentavam desafios significativos para oferecer cuidados completos, o que muitas vezes resultava no encaminhamento dos pacientes para instalações maiores. Infelizmente, esse sistema de encaminhamento estava longe de ser eficaz. Muitos pacientes não retornavam com seus resultados de testes, seja devido às distâncias envolvidas, custos de transporte ou falta de compreensão sobre a importância do seguimento, o que interrompia a continuidade do atendimento e comprometia a eficácia do tratamento.

Mesmo clínicas que tinham uma infra-estrutura laboratorial mais adequada, como o Centro de Saúde de Nhaconjo, lutavam para fornecer serviços de testes sem interrupção. Apesar de ser coordenado pela Igreja Católica e receber apoio substancial de doadores como PEPFAR, USAID e agências do governo italiano, Nhaconjo enfrentava frequentes faltas de suprimentos que impediam sua capacidade de oferecer diagnósticos completos. Durante uma visita de campo, o responsável pelo laboratório relatou que tiveram de interromper os testes mais cedo devido à falta de materiais necessários. Apesar dos esforços do responsável para obter materiais entrando em contacto com outras clínicas de saúde, pedindo favores e contactando o MISAU, a escassez persistiu. Isso significou que o laboratório não conseguiu atender às necessidades dos pacientes pelo restante da semana, causando atrasos no diagnóstico e tratamento.

Esses incidentes ressaltam um problema sistémico mais amplo: a inconsistência nos serviços laboratoriais nos diferentes centros de saúde leva a disparidades significativas no atendimento aos pacientes. Clínicas com instalações laboratoriais bem estabelecidas podem fornecer um padrão mais alto de atendimento, enquanto aquelas sem tais recursos deixam os pacientes em desvantagem. A incapacidade de realizar testes cruciais como a medição da carga viral e as contagens de CD4 não só dificulta o monitoramento eficaz dos pacientes, mas também contribui para o risco de falha no tratamento e para a propagação de infecções oportunistas.

A situação destaca uma necessidade urgente de investimento em infra-estrutura laboratorial e gestão da cadeia de suprimentos para garantir que cuidados completos estejam disponíveis no ponto de serviço. Reforçar as capacidades laboratoriais em áreas rurais e carentes é essencial para melhorar os resultados de saúde e garantir que todos os pacientes, independentemente da sua localização, tenham acesso às ferramentas diagnósticas necessárias e intervenções oportunas. Garantir um fornecimento consistente e adequado de materiais laboratoriais, juntamente com a manutenção de equipamentos essenciais, deve ser uma prioridade para reduzir a lacuna nos cuidados e prevenir novas interrupções na entrega dos serviços.

VISÃO GERAL DAS OBSERVAÇÕES DE CAMPO EM 10 CENTROS DE SAÚDE

Visão geral dos centros de saúde

As visitas de campo a 10 centros de saúde em Beira, Moçambique, revelaram disparidades significativas em termos de infra-estrutura, recursos e prestação de serviços. Os centros geridos pelo Ministério da Saúde (MISAU) frequentemente enfrentavam limitações de recursos, exemplificadas por móveis antiquados, equipamentos danificados e uma falta geral de materiais essenciais (por exemplo, kits e reagentes de laboratório). Em contraste, as instalações geridas ou apoiadas por organizações internacionais como a Comunidade de Sant'Egidio e a Igreja Católica, com financiamento de entidades como PEPFAR, USAID e o governo italiano, exibiram uma infra-estrutura superior, fornecimento adequado e um ambiente mais organizado. Essas instalações contavam com comodidades modernas, edifícios bem mantidos e utilizavam ferramentas avançadas, como computadores para o registo de pacientes.

CUIDADO E TRATAMENTO DE HIV/SIDA

Todos os centros prestaram cuidados e tratamento para HIV/SIDA, mas a qualidade e a abrangência dos serviços variaram consideravelmente. Todos os 10 centros participaram no programa de mentoria da MSF e mostraram melhorias substanciais no tratamento de HIV, especialmente na gestão da Doença Avançada por HIV (DAH). Estes centros adoptaram uma abordagem mais abrangente, oferecendo uma gama de serviços como contagem de CD4, testes de carga viral, TB-Lam e rastreamento de CrAg, o que permitiu um manejo mais preciso e eficaz dos pacientes. Por exemplo, o Centro de Saúde de Chingussura, com a clínica da Sant'Egidio, oferece uma ampla gama de serviços, incluindo cuidados para adolescentes e jovens adultos, atendimento pediátrico e tratamento especializado para HIV em um ambiente bem equipado.

No entanto, o acesso a esses diagnósticos avançados foi inconsistente entre os centros. Em muitos casos, após o fim da mentoria da MSF, as capacidades de diagnóstico avançado, como a contagem de CD4 e o TB-Lam, foram descontinuadas devido à falta de infra-estrutura ou suprimentos. Esse problema foi particularmente agudo em clínicas rurais como Marrocanhe e Cerâmica, onde os

pacientes eram limitados a testes rápidos (quando disponíveis) e precisavam ser encaminhados para instalações mais bem equipadas para diagnósticos mais complexos.

Engajamento comunitário e envolvimento de ativistas

Profissionais de saúde e directores de clínicas nos locais visitados destacaram o papel crucial do engajamento comunitário na melhoria do acesso aos cuidados de saúde para populações vulneráveis. Muitos centros de saúde estabeleceram parcerias sólidas com organizações comunitárias locais (OCL) e ativistas, que actuam como conectores vitais entre os serviços de saúde e grupos de difícil acesso. Essas colaborações têm se mostrado particularmente eficazes na promoção da adesão ao tratamento e no incentivo ao uso de serviços preventivos.

Projectos como "mãe mentora" para mulheres grávidas e "homem campeão" para homens têm sido fundamentais para garantir a continuidade do cuidado. Ativistas locais buscam activamente pacientes que perdem consultas de acompanhamento ou negligenciam a reposição de seus medicamentos anti-retrovirais, oferecendo suporte e incentivo para retomar o tratamento. Representantes de OCLs como a Takaezana e outros ativistas que trabalham com PC desempenham um papel chave na identificação e engajamento desses grupos, oferecendo orientação e apoio para ajudá-los a ter acesso aos serviços de saúde essenciais.

No Centro de Saúde de Inhamizua, por exemplo, os ativistas comunitários têm sido essenciais na localização e reengajamento de pacientes que abandonaram seu tratamento, melhorando significativamente as taxas de adesão para condições como HIV e TB. Educadores comunitários de pares são particularmente eficazes em alcançar PC, oferecendo serviços que incluem aconselhamento, testes rápidos, distribuição de PrEP/PEP e encaminhamentos para atendimento especializado. O envolvimento deles não apenas aumentou a adesão aos serviços de saúde, mas também ajudou a construir confiança entre essas comunidades e os prestadores de cuidados, criando um ambiente de saúde mais inclusivo e de apoio.

Através da colaboração entre a MSF e a Takaezana, muitos grupos vulneráveis tiveram acesso ao teste de HIV e começaram a receber ARVs. Ativistas locais também são essenciais no reengajamento daqueles que abandonaram o tratamento, muitas vezes os acompanhando às consultas.

"Sem nós, não haveria como chegarem às pessoas que mais precisam de ajuda — mulheres trans, trabalhadoras do sexo, homens gays. Elas têm medo de ir às clínicas porque acham que serão tratadas como lixo, ou simplesmente não sabem a que têm direito ou como pedir. Somos a ponte, ajudando-as a chegar à clínica e garantindo que se sintam seguras o suficiente para voltar. Não estamos apenas a levá-las até à porta; estamos a lutar pelos cuidados e pelo respeito que merecem."

Ativista

DESAFIOS PERSISTENTES E LACUNAS DE RECURSOS

Apesar dos avanços trazidos pela mentoria, vários desafios significativos persistem. Um problema principal é a contínua escassez de materiais de laboratório e medicamentos essenciais para o tratamento de infecções oportunistas. Muitas clínicas enfrentam quebras frequentes ou a completa

falta de aparelhos de CD4, prejudicando gravemente o monitoramento e tratamento eficaz dos pacientes. A falta de equipamentos obriga os pacientes a serem encaminhados para outras instalações para exames avançados, resultando em atrasos e em uma alta probabilidade de os pacientes não retornarem para os cuidados de acompanhamento.

Essas lacunas de recursos são particularmente pronunciadas em áreas rurais e de difícil acesso. Por exemplo, o Centro de Saúde da Cerâmica não tem um espaço dedicado para laboratório nem técnicos de laboratório—uma situação que só melhorou temporariamente com o apoio da MSF. Após o término da mentoria, a clínica voltou a oferecer apenas testes rápidos básicos (enquanto houver suprimentos), deixando uma lacuna crítica nos serviços de diagnóstico abrangentes.

Além disso, embora o programa de mentoria tenha contribuído para reduzir o estigma contra as PC, a discriminação e o mau trato continuam a ser problemas em algumas áreas. Relatos indicam que certos profissionais de saúde ainda são desdenhosos ou se recusam a fornecer serviços essenciais como PrEP/PEP e testes rápidos, particularmente para trabalhadoras do sexo e outros grupos marginalizados. Em algumas clínicas, a qualidade do atendimento que um paciente recebe continua a depender fortemente do profissional de saúde de plantão. Essa inconsistência agrava o estigma, actuando como uma barreira significativa ao acesso à saúde para os mais vulneráveis.

OBSERVAÇÕES DE INCIDENTES NEGATIVOS

As visitas de campo revelaram vários incidentes negativos que destacaram problemas persistentes no sistema de saúde, principalmente no que diz respeito ao tratamento as Populações-Chave (PC). Em alguns casos, os prestadores de cuidados de saúde foram observados a levantar a voz aos seus pacientes, criando um ambiente de desconforto e medo. Por exemplo, numa clínica, foi negado o atendimento a um paciente idoso seropositivo por ser considerado “tarde demais”, apesar de serem apenas 11 horas da manhã e as consultas estarem disponíveis até ao meio-dia. O paciente, aparentemente angustiado, abandonou a clínica, evidenciando a natureza rígida e, por vezes, arbitrária do acesso aos cuidados de saúde.

Outro incidente preocupante envolveu um grupo de três trabalhadoras de sexo, uma das quais era uma activista da organização comunitária Takaezana, que chegou a uma clínica à procura de cuidados pós-violação e aconselhamento para uma das mulheres. Apesar de se encontrarem num estado altamente vulnerável, depararam-se com inúmeras barreiras. Foram interpeladas várias vezes pela equipa de segurança, pela Enfermeira-Chefe e pela enfermeira responsável pelos cuidados sexuais e reprodutivos. Em cada uma dessas interpelações, eram obrigadas a explicar, repetitivamente, o motivo da sua visita, o que aumentava o desgaste emocional da mulher que procurava cuidados pós-violação.

Este processo fragmentado e burocrático não só atrasou o seu acesso aos cuidados de saúde, como também as submeteu a uma série de perguntas invasivas, reforçando o estigma que já enfrentavam. No final da manhã, foram informados de que os testes rápidos de HIV e sífilis estavam reservados exclusivamente para as mulheres grávidas, o que reforçou o seu sentimento de não serem bem-vindas e de não serem valorizadas. Sentindo-se maltratadas e desumanizadas, saíram da clínica sem receber nenhum aconselhamento ou assistência adequados.

Os incidentes deste tipo contribuem significativamente para a deterioração da confiança nos serviços de saúde, sobretudo entre os grupos que já enfrentam barreiras substanciais ao acesso. Para pessoas como trabalhadores de sexo que procuram cuidados pós-violação, estas experiências servem para recordar a discriminação que ainda existe no sistema. Provocam sentimentos de marginalização e podem desencorajar estes grupos de procurarem os cuidados médicos necessários no futuro, levando a um potencial agravamento dos resultados em termos de saúde.

IMPACTO

FORMAÇÃO E IMPACTO NAS COMPETÊNCIAS, ATITUDES E PRÁTICAS DOS PROFISSIONAIS

O programa de mentoria teve um impacto claramente significativo, incutindo um sentimento de capacitação entre os profissionais de saúde. Muitos adquiriram competências e conhecimentos valiosos para gerir casos complexos, sobretudo entre os Populações-chave (PC) e os pacientes com Doença Avançada pelo HIV (DAH). Em algumas clínicas, aqueles que haviam beneficiado da mentoria da MSF eram vistos como campeões locais, promovendo melhorias nos cuidados aos pacientes e implementando novos protocolos. Isto levou a avaliações mais completas dos pacientes, a uma melhor monitoria da adesão a ARV e a uma abordagem mais solidária e centrada no paciente, especialmente para grupos vulneráveis como os trabalhadores de sexo, HSH e sobreviventes de VSG.

De acordo com a maioria dos mentores e mentorados, a mentoria da MSF melhorou a qualidade da prestação de cuidados de saúde nos centros visitados. Os profissionais de saúde que participaram na mentoria relataram uma mudança transformadora na sua prática, passando de um estilo de cuidados de saúde rotineiro e orientado para as tarefas para um modelo mais ponderado, empático e centrado no paciente.

Por exemplo, uma enfermeira registada no Centro de Saúde de Chingussura descreveu como a mentoria mudou, radicalmente, a sua abordagem ao apoio a sobreviventes de violência sexual. Antes de beneficiar da mentoria, ela apenas prestava os cuidados básicos pós-violação necessários, mas agora oferece um aconselhamento mais personalizado, adaptado às experiências e necessidades individuais de cada sobrevivente, e realça a importância das visitas de seguimento para garantir um apoio contínuo. Da mesma forma, uma técnica de saúde partilhou que, antes da mentoria, o seu principal objectivo era fazer com que as pacientes passassem pela clínica o mais rápido possível. Agora, dedica algum tempo a recolher antecedentes médicos detalhados e a efectuar avaliações clínicas minuciosas, assegurando que mesmo os pacientes aparentemente saudáveis são cuidadosamente examinados para detectar sinais de HIV em fase avançada e encaminhados para mais testes e tratamentos, sempre que necessário.

A mentoria também ajudou a reduzir o estigma e a discriminação contra as Populações-chave (PC). Os prestadores de cuidados de saúde que beneficiaram da formação tornaram-se mais compreensivos e menos críticos, o que levou a um ambiente mais acolhedor para as Populações-chave (PC), como os trabalhadores de sexo, HSH e os indivíduos transgénero. Por exemplo, os profissionais de saúde

começaram a oferecer serviços como PrEP, PPE e aconselhamento personalizado, que antes eram inacessíveis ou de difícil acesso.

Os participantes dos grupos focais de discussão mostraram-se totalmente de acordo com o facto de a mentoria ter sido inestimável para o reforço das suas capacidades de prestação de melhores serviços de saúde, sobretudo no que diz respeito aos cuidados avançados de HIV e ao trabalho com as Populações-chave (PC). A mentoria melhorou bastante os seus conhecimentos, aptidões e confiança, conduzindo a uma abordagem mais abrangente e centrada no paciente para a sua prática.

Antes da mentoria, alguns participantes evitavam prestar cuidados a trabalhadoras de sexo e HSH devido a preconceitos pessoais e desconforto. Através da mentoria, os participantes adquiriram uma compreensão mais profunda e tornaram-se mais abertos a oferecer aconselhamento adequado, a prescrever PrEP e PPE e a prestar apoio abrangente. Esta mudança de perspectiva não só melhorou a sua prática profissional, como também alargou a sua perspectiva enquanto prestadores de cuidados de saúde.

“Antes da mentoria, sentia-me pouco à vontade e evitava trabalhar com trabalhadoras de sexo e homens gays devido aos meus próprios preconceitos. Mas a formação permitiu-me olhar para esses cenários de outra maneira! Apercebi-me de que não se trata de julgar ninguém, mas sim de estar lá para ajudar. Afinal de contas, eles são meus pacientes e o que fazem na sua vida pessoal não devia importar. Depois da mentoria, sinto-me muito mais confiante ao abordá-los, ao oferecer aconselhamento adequado e ao prescrever PrEP e PPE. A mentoria da MSF tornou-me, de facto, um melhor prestador de cuidados de saúde e mostrou-me o que são os verdadeiros cuidados aos pacientes.”

Mentorado, Centro de Saúde de Inhamizua

“A mentoria realmente abriu os nossos olhos. Antigamente, pensávamos que, se um paciente estivesse andando sem ajuda, respondendo rapidamente às nossas perguntas e parecendo saudável, ele estava bem. Agora, aprofundamo-nos mais, fazendo as perguntas certas e procurando sinais de HIV avançado. Fez uma grande diferença—estamos detectando infecções precocemente, proporcionando o tratamento necessário aos pacientes e, de fato, salvando vidas.”

Mentorado. Centro de Saúde

ALTERAÇÕES NOS SERVIÇOS DE HIV APÓS A MENTORIA

A mentoria da MSF teve um impacto significativo nos serviços de HIV na comunidade, tendo-os transformado num pacote abrangente que vai além da simples administração de ARVs. Estes serviços incluem agora o acesso a PrEP e PPE, a disponibilidade de preservativos, apoio psicológico e unidades móveis que chegam às pessoas que não podem visitar as clínicas. Muitos participantes notaram melhorias significativas na qualidade e acessibilidade destes serviços.

Costumava ver um paciente a entrar na sala de consulta e pensar: “Ótimo, parece estar bem”. Mas agora sei que o facto de poder andar não quer dizer grande coisa. Pode estar a entrar, e de repente ter um colapso, e morrer mesmo à minha frente. O HIV é uma doença complicada, e não se pode dizer quem está, de facto, bem só de olhar. Não existe nenhuma forma de avaliar a saúde de alguém apenas pela aparência. Eu não sabia disso antes da mentoria da MSF”.

Mentorado, Centro de Saúde de Nhangau

A mentoria desempenhou um papel crucial na redução da discriminação nas clínicas de saúde. Atualmente, os pacientes estão mais conscientes dos profissionais de saúde que os acolhem e apoiam.

“Sei que posso confiar na enfermeira S, ela não olha para mim com cara de desgosto, nem me dá preservativos enquanto me diz para pensar nas mulheres e nos filhos dos meus clientes. Ela é melhor do que isso, senta-se comigo e ouve-me. Ela senta-se comigo, ouve como é realmente a minha vida e elabora um plano para me ajudar a tomar os meus ARVs a tempo, mesmo que eu esteja a trabalhar até tarde e a dormir com muitos homens para alimentar os meus filhos. É uma novidade, e é graças à mentoria da MSF que agora temos pessoas como a enfermeira S. sendo nossas aliadas”.

Activista

Estes profissionais interagem com os pacientes de forma empática, ouvindo as suas necessidades e dificuldades sem os julgar. Isto alterou, positivamente, o modo como as pessoas vêm e se envolvem com os serviços de HIV.

No entanto, nem todos os profissionais de saúde participaram na formação da MSF, e muitos continuam a manter práticas discriminatórias. Moçambique continua a ser um país conservador com papéis de género rígidos, e as trabalhadoras de sexo, HSH e os indivíduos transgénero enfrentam, muitas vezes, uma estigmatização severa. Uma mulher transgénera sublinhou a homofobia e transfobia que continuam a existir nos serviços de saúde:

“Querido (a), quando entro na clínica, todos os olhos estão postos em mim, e não no bom sentido! [risos] Tenho 1,80 m de altura, adoro a minha maquilhagem e uso sempre a minha capulana, sari colorido usado em Moçambique. Por isso, assim que entro, algumas pessoas começam a rir, outras desviam o olhar e outras até me chamam nomes. É preciso ser muito forte para manter a cabeça erguida, sentar-me e esperar que o meu médico me chame. Já perdi a conta de quantas vezes faltei à minha consulta mensal porque não conseguia aguentar naquele dia. Está a falar da mentoria da MSF, certo? Sim, foi interessante e, em algumas clínicas, quando acompanho um amigo gay, nota-se ser um pouco mais receptivos. Mas, no geral, devo dizer que não mudou muita coisa. Continuamos a ser maltratados, por vezes pela equipa de segurança ou por outros pacientes, mas por vezes também por médicos e enfermeiros”.

Activista

Verificaram-se mudanças específicas e significativas como impacto da componente mentoria da descentralização em alguns aspectos fundamentais da continuidade dos cuidados no domínio do HIV. Entre estas, incluem-se as seguintes:

- **Melhoria dos cuidados avançados do HIV:** A mentoria desmistificou equívocos comuns, tais como assumir que um paciente de aspecto saudável não poderia estar gravemente imunocomprometido ou ter co-infecções ocultas. Os mentorados aprenderam a realizar consultas completas, fazendo perguntas detalhadas para detectar sinais de HIV em estado avançado. Esta abordagem proactiva levou à identificação e ao tratamento atempado das co-infecções, reduzindo as hospitalizações e salvando vidas. Os participantes sentem-se capazes de aplicar estas boas práticas com maior confiança nas suas interações do dia-a-dia com os pacientes. Os mentorados relataram uma mudança fundamental na sua compreensão do que constitui um paciente saudável. Aprenderam a examinar para além das aparências físicas, reconhecendo que um paciente que aparenta estar bem pode, todavia, estar em risco de contrair o HIV em estado avançado. Esta abordagem diferenciada conduziu a intervenções mais precoces e mais precisas, melhorando os resultados globais dos pacientes.
- **Reorganização de serviços:** Numa primeira fase, os mentorados tinham dificuldade na implementação da anamnese completa necessária para uma avaliação avançada do HIV, o que levava a um prolongamento do tempo de consulta e à frustração dos pacientes. Em resposta disso, os serviços foram reorganizados para melhorar o fluxo de pacientes. As clínicas têm agora áreas dedicadas aos pacientes com Doença Avançada pelo HIV (DAH), aos pacientes seropositivos sem doença avançada, aos cuidados pediátricos do HIV e aos cuidados pré-natais para as mulheres grávidas que vivem com o HIV/SIDA. Esta nova abordagem permite cuidados mais focalizados e eficazes.

IMPACTO DAS UNIDADES SANITÁRIAS MÓVEIS

Uma das estratégias mais impactantes implementadas através da mentoria MSF foi a introdução de unidades sanitárias móveis. Estas unidades tornaram os serviços de HIV mais acessíveis às Populações-chave (PC), oferecendo-lhes testes rápidos, análises laboratoriais e tratamento imediato de uma forma que não era possível no passado. A conveniência das unidades móveis permitiu que as pessoas acessem aos cuidados de saúde em ambientes familiares, sem o receio de julgamento ou estigma muitas vezes associado às clínicas tradicionais. Embora muitos participantes tenham manifestado tristeza pelo fim das unidades móveis, reconheceram que estas iniciativas criaram fortes relações entre os pacientes e os profissionais de saúde. Estes trabalhadores tornaram-se as suas “pessoas seguras” nas clínicas, indivíduos de confiança num sistema de saúde que, de outra forma, seria intimidante e muitas vezes pouco acolhedor.

“ A MSF mudou tudo. Agora é mais fácil ir a uma clínica e receber o tratamento de que precisamos; sabemos quem procurar, quem saberá nossos nomes e nos tratará com respeito. Não é perfeito, sobretudo quando aqueles que receberam a mentoria MSF não estão na clínica... É quando nos sentimos como lixo novamente... Seria bom se todos na clínica fossem capacitados para nos respeitar. Somos todos seres humanos, e numa clínica, somos todos pacientes”.

Activista

No entanto, a dependência de profissionais de saúde específicos apresenta desafios. Muitos pacientes desenvolveram uma grande confiança em determinados enfermeiros ou médicos e, quando essas pessoas de confiança são transferidas ou não estão disponíveis, os pacientes sentem-se sem apoio e vulneráveis. Esta dependência de membros individuais da equipa expõe uma lacuna no sistema: a componente mentoria não transformou totalmente a cultura dos cuidados de saúde em geral, levando a inconsistências na qualidade dos cuidados e no respeito prestado.

Um participante partilhou o impacto emocional de perder o seu prestador de cuidados de saúde de confiança:

“Dr., eu conheço a enfermeira Y. Ela trabalhava numa unidade móvel e eu estava habituado a ela. Conhecia o meu histórico, sabia de que tratamentos eu precisava e nunca fez comentários preconceituosos sobre o facto de eu ser uma trabalhadora do sexo. Ela era boa. Por isso, procurava-a sempre na clínica. Mas, um dia, descobri que ela havia sido transferida para outra clínica, longe da minha casa... Chorei quando soube disso, porque ela era a única em quem eu realmente confiava e que me conhecia, conhecia os meus problemas, foi a primeira enfermeira boa que vi em muito tempo... Agora sinto-me meio perdida, sabe? Vou à clínica, mas sinto que falam de mim pelas costas, que me julgam por ser trabalhadora de sexo”.

Activista

Este facto realça a fragilidade da confiança dos pacientes quando esta depende de relações individuais e não de mudanças sistémicas. Embora a mentoria tenha conduzido a melhorias significativas, continua a haver uma necessidade urgente de formação mais abrangente e de mudanças culturais no sistema de saúde. Os pacientes não devem ter de depender de encontrar a sua “pessoa segura” nas clínicas, mas devem poder confiar que todos os profissionais de saúde os tratarão com a dignidade e o respeito que merecem. Enquanto isto não for alcançado, as populações vulneráveis, como os trabalhadores do sexo e outras Populações-chave (PC), continuarão a enfrentar disparidades nos cuidados de saúde, sentindo-se alienadas quando os seus prestadores de confiança já não estão disponíveis.

O sucesso das unidades sanitárias móveis e da mentoria demonstra o potencial de criação de um sistema de saúde mais inclusivo, mas a manutenção destes ganhos exige mudanças mais profundas e sistémicas. Os profissionais de saúde, a todos os níveis, têm de ser treinados para prestar cuidados sem juízos de valor e centrados no paciente, garantindo que todas as pessoas que entram numa clínica se sintam seguras e respeitadas, independentemente dos seus antecedentes ou circunstâncias.

IMPACTO NA MORAL E NOS CUIDADOS AOS PACIENTES

Alguns participantes referiram que as Populações-chave (PC) continuam a ter tempos de espera mais longos do que outros pacientes e, em alguns casos, são-lhes negados serviços essenciais como PPE/PrEP e testes rápidos. Ao acompanhar estes indivíduos, os activistas actuam como orientadores de pares no centro de saúde, ajudando a mitigar estes desafios e a garantir o acesso aos serviços necessários.

Uma participante partilhou uma experiência em que acompanhou duas outras MTS a uma clínica para fazer testes rápidos de HIV. Apesar de terem esperado muito tempo, acabaram por ser informadas de que a clínica havia ficado sem testes. Isto aconteceu mesmo depois da implementação da mentoria MSF, destacando o estigma e a discriminação ainda existentes em alguns serviços.

A lacuna entre as competências adquiridas pelos profissionais de saúde durante a mentoria e a incapacidade de as aplicar plenamente devido a limitações de recursos tem um impacto significativo no moral. Apesar da sua melhor compreensão das intervenções que salvam vidas, muitos profissionais de saúde vêem-se incapazes de prestar a qualidade de cuidados que sabem ser possível. As barreiras sistémicas, tais como a escassez de recursos, as infra-estruturas deficientes e o apoio inconsistente, minam os progressos realizados durante a mentoria, lançando dúvidas sobre a sustentabilidade dos serviços descentralizados de Doença Avançada pelo HIV (DAH).

Embora a componente mentoria tenha melhorado significativamente a qualidade dos cuidados com o HIV e munido os profissionais de saúde de competências essenciais, a falta de apoio consistente do MISAU, aliada a problemas logísticos constantes, ameaça corroer estes ganhos. As interrupções na cadeia de suprimento, a insuficiência de recursos laboratoriais e a ausência de medicamentos essenciais criaram um ambiente em que continuam a registar-se mortes evitáveis e atrasos nos tratamentos.

Um mentorado expressou a sua frustração em relação aos desafios actuais:

“As mortes evitáveis causadas por abortos inseguros ou pelo HIV em estado avançado devido a um diagnóstico tardio continuam a acontecer. É menos comum agora, mas ainda acontece. Mesmo depois de todo o esforço e da excelente mentoria da MSF. A pior parte de tudo isso é que temos de lidar com a ineficácia do MISAU: stocks vazios, testes em falta, más condições laboratoriais, ausência de misoprostol. Sabemos que poderíamos fazer melhor, e é isso que torna tudo tão desolador”.

Mentorado, Centro de Saúde de Macurungo

A descontinuidade do apoio da MSF fez com que muitos profissionais de saúde se sentissem abandonados. Eles acreditam que uma saída mais gradual, com supervisão contínua para garantir o funcionamento adequado dos encaminhamentos de pacientes, actividades laboratoriais e cadeias de suprimentos, teria sustentado melhor as melhorias feitas durante a mentoria.

“ É culpa da MSF? Não. Mas é a nossa realidade actual. Teria sido melhor se a MSF tivesse continuado um pouco mais, assegurando uma saída gradual de cada serviço e certificando-se de que todos os fluxos de informação, encaminhamento de pacientes, actividades laboratoriais e reservas de material funcionassem devidamente. Agora, sem a influência da MSF, temos de lutar por conta própria apenas para obter os suprimentos básicos de que precisamos. E isso não funciona”

Mentorado, Centro de Saúde de Nhaconjo

Outro mentorado salientou o facto de a ausência de instrumentos de diagnóstico essenciais, como o Visitec para o teste de contagem de CD4, ter perturbado os cuidados descentralizados. Esta falta de recursos obriga os pacientes a percorrer longas distâncias até centros especializados para efectuar testes, que muitos não podem pagar, o que resulta em diagnósticos errados e tratamentos atrasados.

“Como podemos chamar-lhe descentralizado se os pacientes têm de percorrer longas distâncias até serviços especializados só para obterem as suas contagens de CD4? Com a MSF tínhamos o Visitec, que nos podia indicar em minutos se o paciente tinha menos de 200 contagens de CD4, o que nos permitia testar outras infecções oportunistas e tratá-los de imediato. Mas agora temos de os encaminhar... O que acontece se eles não tiverem tempo ou dinheiro para viajar? E se não tiverem ninguém para tomar conta dos seus filhos? Muitos pacientes simplesmente não vão, não são diagnosticados com HIV avançado e não recebem os testes e o tratamento de que necessitam. Sabemos o que devemos fazer, mas não conseguimos aplicar o que aprendemos durante a mentoria da MSF porque não temos os recursos para o fazer. E isso deixa-me muito frustrado e zangado...”

Mentorado, Centro de Saúde de Marrocanhe

“No início, as avaliações detalhadas demoravam uma eternidade e os pacientes ficavam frustrados com o tempo de espera. Por isso, tivemos de mudar as coisas. Agora, temos salas separadas para Doença Avançada pelo HIV (DAH), cuidados regulares de HIV, crianças seropositivas e mulheres grávidas seropositivas. Tudo ficou mais simples e permite-nos prestar cuidados mais específicos a cada paciente.”

Mentorado, Centro de Saúde de Nhaconjo

Esta luta constante realça a importância de um apoio logístico sustentado, e não apenas de uma componente de mentoria, com vista ao sucesso a longo prazo dos serviços de saúde descentralizados. Sem os recursos e as infra-estruturas necessárias, os profissionais de saúde não conseguem prestar os cuidados de saúde de alto nível para os quais foram capacitados, continuando a afectar o seu moral e a qualidade dos cuidados prestados aos pacientes.

SUSTENTABILIDADE DO IMPACTO DA MENTORIA

Apesar de o programa de mentoria ter demonstrado o seu potencial, reduzindo os abortos inseguros, melhorando os cuidados prestados aos sobreviventes de violência sexual e melhorando as competências dos profissionais de saúde, os mentores expressaram preocupações quanto à sua sustentabilidade sem apoio externo contínuo. A escassez crónica de financiamento do MISAU e a falta de pessoal são obstáculos significativos à manutenção do programa de forma independente. Além disso, a falta de material essencial em muitas clínicas complica os esforços para manter e desenvolver os resultados da mentoria sem a MSF ou outras organizações de apoio.

“Para que a mentoria, de facto, sobreviva na Beira e além, precisamos de mais do que apenas boas intenções. Precisamos de um forte apoio financeiro e, honestamente, não creio que o MISAU possa fornecer isso constantemente, especialmente com a escassez de oferta a que assistimos em todo o lado. Também precisamos de avaliar as necessidades específicas de cada região antes de lançarmos a mentoria noutras locais e de trabalhar em estreita colaboração com as organizações locais. Sem isso, não vejo como a mentoria pode ser sustentada ou expandida, especialmente com o sistema de saúde já tão sobrecarregado.”

Mentor

“O que mais me surpreende é que, mesmo após terminada a formação formal, os mentorandos continuaram a contactar-me. Telefonam-me para discutir casos, partilhar ideias e pedir conselhos. Isto mostra que a mentoria não se limitou a ensinar competências, como também criou uma cultura de apoio e de aprendizagem contínua. As mudanças que fizemos não serão esquecidas; vieram para ficar.”

Mentor

A componente mentoria parece ter sido transformadora na forma como os profissionais de saúde prestam serviços, demonstrando que a transferência de conhecimentos práticos e o apoio dos mentores levaram muitos mentorados a desenvolver competências significativas, incluindo mudanças em atitudes e crenças anteriormente assumidas. Esta abordagem melhorou a sua capacidade de prestar cuidados abrangentes e centrados no paciente, permitindo a intervenção precoce em casos avançados de HIV e promovendo uma maior empatia e compreensão no seu apoio às populações-chave.

Apesar da atmosfera globalmente positiva, havia também sinais claros de ansiedade entre o pessoal das clínicas relativamente à sustentabilidade futura destas melhorias, uma vez que a MSF encerra as suas actividades. Esta preocupação era particularmente evidente nas clínicas rurais e com recursos limitados, onde a dependência do apoio da MSF era mais evidente. Muitos membros da equipa manifestaram a sua preocupação com a descontinuação dos serviços e fornecimentos essenciais. Eles temiam que, sem a mentoria e os recursos contínuos da MSF, manter o progresso nos cuidados com os pacientes, sobretudo no tratamento avançado do HIV, nos serviços para populações-chave e no apoio à VSBG, seria um grande desafio.

Em clínicas onde as infra-estruturas e as cadeias de suprimentos já eram frágeis, a dependência do envolvimento da MSF era notória. Um exemplo importante foi o fornecimento de formulários de documentação dos pacientes. Embora estes possam parecer um aspecto de menor importância na prestação de cuidados de saúde, eram indispensáveis para manter registos precisos, acompanhar o progresso dos pacientes e assegurar a continuidade dos cuidados. Sem eles, o pessoal da clínica receava ter dificuldades em manter os registos meticulosos necessários para prestar cuidados eficazes

e de alta qualidade. Estas preocupações realçam a importância não só das competências clínicas, mas também do apoio logístico para garantir uma prestação de cuidados de saúde sustentável.

A ansiedade também se estendia à continuidade das actividades e melhorias que haviam sido iniciadas ou reforçadas através da mentoria da MSF. O pessoal expressou a preocupação de que, sem a presença da MSF, a mentoria contínua para o pessoal recém-contratado ou deslocado poderia não ser uma prioridade para o MISAU ou outras autoridades locais, levando, eventualmente, a um recuo na qualidade dos serviços. Os serviços melhorados/personalizados para as populações-chave e os cuidados informados sobre o trauma para os sobreviventes de VSBG foram vistos como avanços que poderiam facilmente regredir sem apoio, formação e supervisão contínuos.

Esta situação de incerteza evidenciou um tema comum nas conversas com o pessoal clínico: a necessidade urgente de apoio contínuo para preservar os progressos registados nos cuidados aos pacientes. Os profissionais de saúde realçaram que o investimento contínuo em formação, material e infra-estruturas era crucial para garantir que as melhorias não fossem temporárias, mas se tornassem uma característica permanente do sistema de saúde. Manifestaram a esperança de que as futuras parcerias, quer com a MSF, quer com outras organizações, assentem na base estabelecida durante o projecto de mentoria. Para estes prestadores de cuidados de saúde, garantir que os ganhos obtidos nos cuidados aos pacientes não se percam exigirá uma colaboração sustentada, financiamento e compromisso de todos os intervenientes envolvidos.

REPLICABILIDADE

Por vezes, pode ocorrer uma confusão entre replicabilidade e sustentabilidade na avaliação de um projecto ou de um programa. Enquanto a **sustentabilidade**² se refere à capacidade de um programa para manter os seus resultados positivos a longo prazo, mesmo após o financiamento inicial, os recursos ou o apoio externo terem diminuído, a **replicabilidade**³ refere-se à capacidade de um programa ser reproduzido ou adaptado com sucesso em diferentes cenários, contextos ou populações, produzindo resultados positivos semelhantes, seguindo os procedimentos ou directrizes estabelecidas.

A replicabilidade do programa de mentoria em Moçambique depende de vários factores críticos, tal como salientado pelo feedback dos mentores. A expansão da mentoria, seja para cuidados avançados de HIV, serviços de SSR, serviços favoráveis às populações-chave ou melhorias laboratoriais, exigirá um financiamento externo substancial, parcerias fortes e apoio do Ministério da Saúde (MISAU). Os mentores destacaram a importância de realizar avaliações minuciosas das necessidades locais, das capacidades clínicas e dos recursos antes de expandir ou replicar a componente da mentoria noutras regiões. Estas avaliações orientariam o âmbito do trabalho e ajudariam a garantir o financiamento necessário, assegurando que o programa pode ser efectivamente ampliado e replicado.

² A sustentabilidade assenta em sistemas e práticas estabelecidos e na apropriação local para garantir a continuidade dos benefícios

³ Esta avaliação pretendia avaliar a replicabilidade e não a sustentabilidade

A expansão do programa de mentoria não exigiria apenas recursos financeiros, mas também vontade política, particularmente para Populações-chave (PC), serviços de saúde sexual e reprodutiva, onde o estigma em torno do aborto e da violência sexual continua a ser um desafio significativo. A advocacia e mentores bem treinados seriam fundamentais para superar essas barreiras e replicar os sucessos do programa.

“A expansão da mentoria no âmbito do HIV em fase avançada exigiria um financiamento externo substancial, o apoio do MISAU e, possivelmente, o envolvimento de clínicos seniores com experiência no tratamento do HIV em fase avançada. O sucesso de tal expansão dependeria de um planeamento cuidadoso, da atribuição de recursos e do estabelecimento de parcerias fortes para garantir a sustentabilidade e a replicabilidade noutras regiões.”

Mentor

“Expandir o programa de mentoria em SSR para outras províncias exigiria não apenas financiamento, mas também um forte apoio político. Tópicos como aborto e violência sexual são altamente sensíveis, e o estigma continua a ser um grande obstáculo. Para ampliar com sucesso, é necessário um forte trabalho de advocacia, um planeamento adequado e recursos substanciais. Sem superar estes desafios culturais e logísticos, sustentar ou replicar o programa em maior escala seria difícil.”

Mentor

E, de acordo com **um representante do MISAU**:

“A mentoria é, com certeza, uma componente crítica da descentralização do HIV, mas é apenas uma peça do enigma. A descentralização é um empreendimento amplo e complexo. Embora a formação, o desenvolvimento de competências e as actualizações regulares sobre as melhores práticas de tratamento sejam essenciais, só por si não são suficientes para conseguir uma verdadeira descentralização dos cuidados de saúde no âmbito do HIV. Para a descentralização genuína dos cuidados ao HIV, é também necessário pessoal adequado, fornecimentos fiáveis e infra-estruturas robustas. A mentoria é importante? Sem dúvida. Mas será suficiente por si só? Não, faz parte de um quadro muito mais vasto que requer um apoio abrangente em várias áreas. Eu diria que já está em curso algum aumento de escala. O protocolo avançado de HIV foi recentemente incorporado nas directrizes do MISAU, o que constitui um desenvolvimento significativo. Estamos optimistas quanto à continuação deste progresso, sobretudo através do estabelecimento de parcerias fortes, talvez novamente com a MSF? O MISAU está ansioso para expandir este programa, mas o desafio continua a ser a falta de recursos para apoiar a expansão de forma eficaz.”

Em suma, embora o programa de mentoria tenha o potencial de ser replicado e ampliado para melhorar os resultados dos cuidados de saúde em Moçambique, o seu sucesso depende fortemente de financiamento externo, planeamento meticuloso e apoio sustentado tanto do MISAU como dos parceiros internacionais. O programa tem de ser integrado numa estratégia mais ampla que aborde as lacunas de recursos, as necessidades de infra-estruturas e a escassez de pessoal, assegurando que a mentoria faz parte de um esforço abrangente e bem apoiado para descentralizar os cuidados de saúde para o HIV.

CONCLUSÃO

A avaliação do programa de mentoria de HIV da MSF na Beira proporciona uma visão crítica sobre a sua relevância, coerência, eficácia, impacto e replicabilidade. Cada dimensão revela tanto os sucessos como os desafios enfrentados pela iniciativa, destacando as áreas que tiveram impacto e as que requerem mais atenção.

A componente mentoria tem sido uma estratégia valiosa para dar resposta às necessidades de cuidados de saúde na Beira, em particular a elevada prevalência do HIV e as taxas de mortalidade associadas à Doença Avançada pelo HIV (DAH). Ao adaptar a abordagem aos contextos locais, a componente mentoria conseguiu eliminar as barreiras enfrentadas pelas populações marginalizadas no acesso aos cuidados de saúde. Na sequência da componente de mentoria, os profissionais de saúde tornaram-se mais pró-ativos na solicitação de testes CD4 e no encaminhamento dos pacientes para outros testes, o que resultou num diagnóstico e tratamento mais precoces das infecções oportunistas. Apesar destes ganhos, o estigma em torno do HIV continua a dissuadir as pessoas de procurar cuidados. A mentoria contínua para o pessoal que não aderiu ao programa no início poderia ajudar a combater este estigma, enquanto os problemas constantes da cadeia de suprimentos e os recursos laboratoriais inadequados continuam a ser obstáculos à gestão eficaz da Doença Avançada pelo HIV (DAH). A resolução destas questões sistémicas é crucial para a realização de todo o potencial da componente mentoria e para a sua possível expansão a outras regiões da província de Sofala e de Moçambique.

Um ponto forte da componente mentoria tem sido a sua integração no quadro nacional de saúde de Moçambique. Ao alinhar-se com as políticas destinadas a descentralizar os serviços de saúde e a melhorar o acesso aos cuidados de saúde para o HIV, a componente mentoria promoveu a colaboração entre a MSF, as autoridades de saúde locais e as unidades sanitárias. Este alinhamento apoia os objectivos mais amplos de saúde pública de Moçambique, aumentando a disponibilidade e a qualidade dos cuidados para as populações desfavorecidas. No entanto, o empenho inconsistente dos intervenientes locais, muitas vezes motivado por prioridades concorrentes e limitações de recursos, suscita desafios. O apoio político e institucional sustentado será essencial para garantir o sucesso a longo prazo da mentoria e a sua integração nos serviços rotineiros de saúde.

A eficácia da componente mentoria é evidente no reforço das competências, dos conhecimentos e da confiança dos profissionais de saúde. Os participantes relataram melhorias significativas na prestação de serviços abrangentes de HIV devido à mentoria estruturada, que combinou a aprendizagem teórica com a formação prática. Esta abordagem reforçou as competências clínicas e melhorou a moral do pessoal de saúde. Os mentores desempenharam um papel fundamental no avanço da prestação de cuidados de saúde, partilhando conhecimentos especializados em trabalho laboratorial, SSR, Populações-chave (PC) e Doenças Avançadas Pelo HIV (DAH). Apesar de desafios como a resistência de alguns profissionais de saúde, a falta de formação formal e a sobrecarga das clínicas, os mentores implementaram com sucesso melhorias nas práticas laboratoriais e nos serviços de SSR, contribuindo para uma abordagem dos cuidados mais centrada no paciente.

No entanto, a componente da mentoria enfrentou limitações. A elevada rotatividade do pessoal e o número limitado de profissionais que beneficiaram da componente da mentoria completa influenciaram a implementação mais ampla das melhores práticas em alguns dos centros de saúde seleccionados. O acesso inconsistente a material de laboratório e medicamentos essenciais continua a impedir a aplicação plena das competências adquiridas pelos mentorados. A resolução destas lacunas de recursos é essencial para garantir que os profissionais de saúde possam prestar cuidados atempados e abrangentes, maximizando o impacto global da componente da mentoria.

A componente mentoria também influenciou, positivamente, a prestação de cuidados de saúde através do aumento do encaminhamento de pacientes e de um maior envolvimento da comunidade. Os profissionais de saúde capacitados tornaram-se mais pró-activos na realização de exames adicionais e no início do tratamento atempado de infecções oportunistas em doentes diagnosticados com Doenças Avançadas pelo HIV (DAH). A componente mentoria também ajudou a mudar nas percepções da comunidade sobre os cuidados com o HIV, promovendo a confiança entre os prestadores de cuidados de saúde e os grupos marginalizados. No entanto, a manutenção destas mudanças positivas ao longo do tempo é um desafio devido ao estigma actual e ao envolvimento flutuante da comunidade. Para manter estas melhorias, será necessário continuar a concentrar-se na educação e na sensibilização da comunidade, a fim de criar um ambiente favorável a um acesso equitativo aos cuidados de saúde.

O modelo de concepção da componente mentoria revela um potencial significativo de replicabilidade em contextos semelhantes com poucos recursos. A sua abordagem estruturada, que dá ênfase à apropriação local e ao apoio contínuo, torna-a adaptável a diferentes regiões. O entusiasmo dos profissionais de saúde em aplicar as suas competências e orientar os outros sugere um possível efeito de cascata que poderia reforçar os sistemas de saúde de forma mais alargada. No entanto, para que a componente da mentoria seja reproduzida com êxito, será necessário abordar a variabilidade dos recursos e garantir um apoio constante, principalmente no que diz respeito à garantia de material médico e ao desenvolvimento de infra-estruturas.

Vários desafios dificultaram os objectivos da componente da mentoria, incluindo as limitações de recursos e a elevada rotatividade do pessoal, que perturbam a continuidade e impedem o reforço das capacidades a longo prazo. O estigma em torno do HIV também continua a ser uma barreira significativa, desencorajando as pessoas a procurar cuidados.

A avaliação enfrentou limitações, tais como uma dimensão restringida da amostra e a variabilidade da qualidade dos dados, o que dificultou a avaliação do impacto a longo prazo da componente da mentoria. Será necessário um período de avaliação mais longo para captar plenamente os efeitos sustentados da iniciativa da mentoria. Os participantes destacaram que, sem o apoio contínuo do MISAU e recursos adequados, o progresso feito durante a mentoria poderia estar em risco.

Em suma, o programa de mentoria do projecto de HIV da MSF na Beira provou ser um modelo transformador para melhorar a prestação de cuidados de saúde em Moçambique. O seu alinhamento com as necessidades locais e a sua coerência com as políticas nacionais de saúde destacam a sua relevância e o seu potencial de eficácia a longo prazo. A componente da mentoria centra-se no

desenvolvimento de capacidades, na promoção de relações mais fortes entre os prestadores de cuidados de saúde e as comunidades marginalizadas e na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes, o que permitiu um progresso significativo na resolução de lacunas críticas nos cuidados de saúde relacionados com o HIV.

No entanto, desafios como a escassez de recursos e o estigma constante devem ser enfrentados para garantir a sustentabilidade e a replicabilidade. A educação constante da comunidade, a sensibilização e o envolvimento com os intervenientes locais e nacionais serão essenciais para manter a dinâmica. Embora as infra-estruturas apoiem principalmente a confidencialidade dos pacientes, também desempenham um papel fundamental na criação de um espaço seguro e privado para o aconselhamento sobre questões sensíveis, como a adesão à TARV, os cuidados de aborto seguro, a VSBG e outras questões de saúde pessoal. O investimento contínuo em infra-estruturas de saúde e recursos humanos é essencial para reforçar as melhores práticas aprendidas durante a mentoria e para garantir a sustentabilidade a longo prazo dos resultados positivos do programa. Ao aprender com os conhecimentos adquiridos nesta avaliação, os intervenientes podem adequar a mentoria para uma aplicação mais ampla em contextos semelhantes, melhorando o acesso aos cuidados de HIV para populações vulneráveis e contribuindo para os objectivos de saúde pública. Com um compromisso sustentado, este modelo pode ajudar a construir sistemas de saúde mais resilientes e equitativos em Moçambique e mais além.

RECOMENDAÇÕES

A avaliação do programa de mentoria de HIV da MSF na Beira conduziu a várias recomendações práticas destinadas a melhorar a sustentabilidade e a replicabilidade da iniciativa. Estas recomendações foram co-criadas através de um processo de colaboração que envolveu os avaliadores, o Grupo de Concertação e os principais intervenientes, incluindo a MSF e o Ministério da Saúde (MISAU). Foi realizada uma sessão de trabalho para analisar os resultados da avaliação e refinar as recomendações, com o SEU a actuar como facilitador. Esta abordagem participativa conduziu às seguintes recomendações.

RECOMENDAÇÕES PARA A MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF)

1. Recomendações relativas ao projecto em curso na Beira - Moçambique

⇒ Apoio à advocacia liderada pela OBC

Antes da saída da MSF, assegurar que as capacidades das OBC são reforçadas para continuar a advogar junto dos doadores e do Governo para apoiar a integração da mentoria nas iniciativas de rotina de melhoria da qualidade ao nível dos cuidados de saúde primários. Este reforço de capacidades deve incluir formação em advocacia, apoio na elaboração de planos de advocacia e organização de actividades / campanhas de advocacia.

⇒ Apoio a cuidados informados sobre trauma

Avaliar a necessidade de prestar apoio em matéria de cuidados informados sobre o trauma aos profissionais de saúde que gerem casos altamente sensíveis, como a VBG e a violação, para os ajudar a lidar com o impacto emocional do seu trabalho.

⇒ Casos de violação de menores na Beira

Considerar a realização de uma nova avaliação para compreender melhor os casos crescentes de violação de crianças na Beira, o que poderia ajudar a identificar o âmbito da questão e potenciais intervenções.

⇒ Estratégia de saída para os suprimentos de SSR

A fim de garantir a continuidade e a sustentabilidade dos serviços após a partida, a MSF deve explorar fontes alternativas geridas localmente para continuar a fornecer produtos essenciais de saúde sexual e reprodutiva que salvam vidas, tais como o Misoprostol e a Mifepristona, serviços de saúde pública e serviços adaptados às Populações-chave (PC).

2. Recomendações para futuros projectos da mentoria em matéria de descentralização

⇒ 1ª Recomendação: Melhorar o envolvimento e a educação da comunidade

- **Programas de sensibilização específicos:** Colaborar com as organizações locais para desenvolver iniciativas de sensibilização da comunidade que abordem o estigma e a discriminação contra as populações-chave). Estes programas devem educar as comunidades sobre questões relacionadas com o HIV e promover um ambiente mais inclusivo e compreensivo. Estes esforços podem reduzir o estigma em torno do HIV e garantir que os grupos vulneráveis se sintam apoiados quando procuram serviços de saúde.

→

⇒ **2ª Recomendação: Desenvolver um sistema sólido de seguimento da mentoria**

- **Seguimento estruturado:** Implementar um sistema estruturado de mentoria contínua, incluindo monitorias regulares, sessões de formação de reciclagem e oportunidades de aprendizagem entre pares. Isto ajudará a reforçar as competências e os conhecimentos adquiridos durante a mentoria inicial e apoiará os mentorados na aplicação destas práticas nos cuidados diários.
- **Redes de apoio:** Promover a colaboração contínua entre mentores e mentorandos, criando uma rede de partilha de desafios, soluções e melhores práticas, assegurando que os benefícios da componente mentoria são sustentados.

⇒ **3ª Recomendação: Institucionalizar o modelo de mentoria**

- **Integração com sistemas de saúde locais:** Trabalhar em estreita colaboração com as agências governamentais locais para integrar a abordagem de mentoria nos programas de formação existentes no sector da saúde, garantindo a sustentabilidade a longo prazo. Isto implicará o alinhamento do quadro de mentoria com as políticas nacionais e as necessidades do sistema de saúde local, apoiando a institucionalização nas estruturas de formação geridas pelo governo.

⇒ **4ª Recomendação: Aplicar um quadro global de monitoria e avaliação**

- **Avaliação do impacto:** Desenvolver um sistema sólido de monitoria e avaliação (M&A) para acompanhar os impactos da componente mentoria a longo prazo, incluindo os resultados no domínio da saúde, o envolvimento da comunidade e a utilização de recursos. As avaliações regulares fornecerão dados para melhorar o modelo da componente mentoria e melhorar a alocação de recursos, garantindo a melhoria contínua da prestação de cuidados.

RECOMENDAÇÕES PARA O MINISTÉRIO DA SAÚDE - MISAU

⇒ **1ª Recomendação: Aumentar a alocação de recursos**

- **Defender a obtenção de financiamento:** Defender um maior apoio financeiro às unidades sanitárias, garantindo que estejam equipadas com pessoal adequado, material médico e instrumentos de diagnóstico essenciais. Uma melhor alocação de recursos permitirá aos profissionais de saúde implementar plenamente os modelos de cuidados abrangentes em matéria de HIV e SSR promovidos através da componente de mentoria, ao mesmo tempo que se aborda a elevada taxa de rotatividade, melhorando a retenção do pessoal.

⇒ **2ª Recomendação: Reforçar o apoio político às populações-chave (PC)**

- **Protecção dos direitos e do acesso:** Reforçar e aplicar políticas que protejam os direitos das Populações-chave (PC), garantindo um acesso equitativo aos serviços de saúde sem discriminação. Estas políticas devem abordar o estigma sistémico no âmbito do sistema de saúde, assegurando que todos os prestadores de cuidados de saúde são treinados para prestar cuidados sem juízos de valor e centrados no paciente.
- **Campanhas de luta contra o estigma:** Estabelecer parcerias com ONGs locais para desenvolver campanhas destinadas a combater o estigma contra as Populações-chave (PC), reforçando a importância de serviços de saúde inclusivos.

⇒ **3ª Recomendação: Facilitar a participação dos intervenientes**

- **Colaboração e alinhamento:** Organizar reuniões regulares com as partes interessadas, envolvendo o governo, as ONGs, os profissionais de saúde e os representantes da comunidade, para alinhar as prioridades e reforçar a colaboração em todo o sistema de saúde. Estas reuniões garantirão um compromisso sustentado com o modelo da componente mentoria e com as iniciativas de tratamento do HIV.
- **Mentoria como estratégia de supervisão contínua:** Trabalhar no sentido de passar da supervisão tradicional, de cima para baixo, para um modelo de mentoria mais dinâmico e sustentável. Esta abordagem promoverá o crescimento profissional, a responsabilização e a aprendizagem contínua nas equipas de cuidados de saúde.
- **Garantir o crescimento do mentorado:** Aos mentorados competentes devem ser dadas oportunidades de crescimento, por exemplo, a transição para funções de mentor nas suas instalações ou distritos.

As recomendações descritas acima concentram-se em melhorar a sustentabilidade e a replicabilidade da componente mentoria a longo prazo. Ao reforçar o envolvimento da comunidade, melhorar o acompanhamento da mentoria e institucionalizar o modelo da componente de mentoria, a MSF e o MISAU podem construir um sistema de saúde mais resistente e reactivo. O envolvimento activo das autoridades locais e o apoio político consistente para as Populações-chave (PC) serão essenciais para sustentar estas melhorias, assegurando que a componente mentoria continue a melhorar os cuidados de HIV e SSR na Beira e mais além. A monitoria regular, a alocação de recursos e a colaboração entre os intervenientes serão fundamentais para garantir que o progresso feito através da mentoria não só seja mantido, mas também expandido para outras regiões de Moçambique.

REFERÊNCIAS

- [1] OMS 2022. Observatório Mundial da Saúde 2022. HIV - Número de pessoas (todas as idades) que vivem com o HIV. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids#:~:text=Globally%2C%2039.0%20million%20%5B33.1%E2%80%93,considerably%20between%20countries%20and%20regions>. Acedido a 20 de Setembro de 2024.
- [2] Relatório Nacional da ONUSIDA: Moçambique. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique> Acedido a 20 de Setembro de 2024.
- [3] OMS: Visão geral dos dados de saúde para a República de Moçambique. Disponível em: <https://data.who.int/countries/508> Acedido a 20 de Setembro de 2024.
- [4] Documento do PROJECTO DA BEIRA 2022-2024
- [5] Termos de referência para a avaliação da descentralização através da mentoria no projecto da MSF OCB na Beira
- [6] Ozmen, A (2014). Notas sobre o conceito de descentralização. Revista Científica Europeia. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/236405436.pdf> Acedido a 20 de Setembro de 2024.
- [7] Fergusson, L. (2022). Learning by... Knowledge and skills acquisition through work-based learning and research. *Journal of Work-Applied Management*. Disponível em: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JWAM-12-2021-0065/full/html> Acedido a 20 de Setembro de 2024.
- [8] Rowe, A., de Savigny, D., Lanata, C., Vitora, C. 2005. Como podemos alcançar e manter um desempenho de alta qualidade dos profissionais de saúde em contextos de poucos recursos? *Lancet* 366(9490):1026-1035
- [9] Rowe A, Rowe S, Peters D, Holloway K, Chalker J, & Ross-degnan D. Eficácia das estratégias para melhorar as práticas dos prestadores de cuidados de saúde em países de baixo e médio rendimento: uma revisão sistemática. *The Lancet Global Health* 2018; 6(11): e1163-e1175.
- [10] van der Vleuten C, & Driessen E. O que aconteceria à educação se levássemos a sério as evidências educacionais? *Perspectivas em Educação Médica* 2014; 3: 222-232.
- [11] Weinstein, Y., Madan, C.R. & Sumeracki, M.A. (2018) Ensinando a ciência da aprendizagem. *Cogn. Research*. Disponível em: <https://cognitiveresearchjournal.springeropen.com/articles/10.1186/s41235-017-0087-y> Acedido a 20 de Setembro de 2024.

ANEXOS

ANEXO I: TERMOS DE REFERÊNCIA

Médicos Sem Fronteiras (MSF) é uma organização médico-humanitária internacional empenhada em oferecer cuidados médicos de qualidade a pessoas em situações de crise em todo o mundo, quando e onde elas precisarem, independentemente de sua religião, etnia ou visão política. Os nossos princípios fundamentais são a neutralidade, a imparcialidade, a independência, a ética médica, a *témoignage* e a responsabilidade.

A Unidade de Avaliação de Estocolmo (SEU), com sede na Suécia, é uma das três unidades da MSF responsáveis pela gestão e orientação das avaliações dos projectos operacionais da MSF, e trabalha principalmente com o Centro Operacional de Bruxelas. Para mais informações, visite a nossa página Web evaluation.msf.org.

A promoção de uma cultura de avaliação é uma prioridade estratégica para a responsabilização, melhoria contínua e aprendizagem organizacional. A MSF não avalia apenas por causa de exigências externas, como as exigências dos doadores. Estes termos de referência devem ser considerados um ponto de partida para o processo de avaliação. O (s) avaliador (es) é (são) convidado(s) a desafiá-lo(s) e a sugerir, por exemplo, perspectivas diferentes ou adicionais, conforme acharem adequado durante a fase de criação. O processo de avaliação deve basear-se numa metodologia sólida para obter resultados credíveis e deve também garantir que os valores e a utilização estejam em primeiro plano. A avaliação deve envolver e incluir adequadamente os diferentes actores e contrapartes ao longo de todo o processo.

AVALIAÇÃO DA COMPONENTE DE DESCENTRALIZAÇÃO ATRAVÉS DA MENTORIA NO PROJECTO DA MSF-OCB NA BEIRA, MOÇAMBIQUE	
Data de início	Março de 2024
Duração	Relatório final a ser apresentado até Julho de 2024 (data a definir)
Requisitos	Os candidatos interessados devem apresentar: 1) Uma proposta técnica 2) Uma proposta financeira 3) CV(s), e 4) Uma amostra (adequada) de trabalho realizado anteriormente
Prazo de candidatura	23h59min CET de 26 de Março de 2024
Enviar a candidatura para	evaluations@stockholm.msf.org marcado BEIDE
Considerações especiais	Prezamos pela qualidade em vez da quantidade. Fornecer apenas a documentação solicitada e necessária deve provar o seu interesse, capacidade e competência da melhor maneira possível. A avaliação exigirá uma visita ao local do projecto, que será planeada durante a fase de iniciação através de discussões com o projecto, o grupo de concertação e o SEU.

CONTEXTO

O sistema de saúde moçambicano foi considerado pela OMS, após a sua independência em 1975, como um modelo de excelência para outros países em desenvolvimento.⁴ Uma guerra civil em meados dos anos 90 abrandou o seu progresso e, actualmente, a prestação de serviços de saúde enfrenta graves desafios. A oferta

⁴ Pfeiffer 2003. ONGs internacionais e cuidados de saúde primários em Moçambique: a necessidade de um novo modelo de colaboração. Ciências Sociais e Medicina.

médica limitada, a falta de pessoal nas instalações de cuidados de saúde, a fraca motivação dos profissionais de saúde e a falta de formação adequada constituem obstáculos ao estabelecimento de serviços de saúde de qualidade no âmbito das estruturas de saúde locais.⁵ A pandemia de COVID-19 agravou a situação e sobrecarregou o sistema de saúde que já era frágil.⁶ O país aumentou o seu financiamento interno das despesas de saúde. Em 2019, 79% das despesas de saúde foram financiadas internamente, tendo o remanescente de 21% sido financiado por fontes externas.⁷ No entanto, a má governação e gestão, a mobilização de recursos,⁸ bem como as lacunas na documentação da utilização do financiamento da saúde⁹, influenciam ainda mais o baixo nível de qualidade dos cuidados de saúde.

Moçambique tem o segundo maior número de pessoas que vivem com o HIV (PVHIV) na África Subsaariana.¹⁰ 12,4% da população adulta (15-49 anos) vivia com o vírus em 2022.¹¹ O HIV é a principal causa de mortalidade e morbidade no país.¹² O teste CD4 foi introduzido em Moçambique em 2003, uma abordagem de testar e tratar foi adoptada em 2016 e a identificação rotineira da Doença Avançada pelo HIV (DAH) nos pacientes foi finalmente estabelecida em 2022. Com base numa avaliação interna do Ministério da Saúde de Moçambique (MISAU) em 2022, 25% das PVHIV recém-iniciadas na Terapia Anti-retroviral (TARV) eram pacientes com Doença Avançada pelo HIV (DAH).¹³ Trata-se de uma estimativa global das pessoas com Doenças Avançadas pelo HIV (DAH) que necessitam de serviços especializados, uma vez que os estudos estimam que mais de 30% das PVHIV em contextos sociais de baixo e médio rendimento que iniciam a terapia anti-retroviral têm uma contagem de células CD4 inferior a 200 células/mm³.¹⁴

A prevalência do HIV no país entre a População Vulnerável Chave (KVP), (Mulheres Trabalhadoras de Sexo (MTS), Usuários de Drogas Injectáveis (UDI), Prisioneiros e Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) tende a ser mais elevada em comparação com a população em geral (GP). 19% das novas infecções por HIV ocorrem entre MTS, clientes de mulheres trabalhadoras de sexo e parceiros de trabalhadoras de sexo¹⁵, 5% entre HSH¹⁶.

A província de Sofala situa-se no centro do país e apresenta uma prevalência de HIV superior ao nível nacional de 13,2%. A cidade da Beira é a capital e a maior cidade da província de Sofala, com uma população estimada de 719 806 habitantes em 2022 e uma prevalência do HIV de 13,4%.¹⁷ 84.890 PVHIV receberam ARV em 2020.¹⁸

⁵ Giardo 2020. Saúde, desenvolvimento e factores institucionais: [O caso de Moçambique. Saúde, desenvolvimento e factores institucionais: O caso de Moçambique \(econstor.eu\)](#)

⁶ Documento do projecto MSF Beira 2022 - 2024.

⁷ UNICEF 2019. Resumo do Orçamento: Saúde Moçambique 2019.

⁸ PPEFAR 2016. Perfil do financiamento da saúde em Moçambique.

⁹ UNICEF 2019. Resumo do Orçamento: Saúde Moçambique 2019.

¹⁰ OMS 2022. Observatório Mundial da Saúde 2022. [HIV - Número de pessoas \(todas as idades\) que vivem com o HIV \(who.int\)](#)

¹¹ INSIDA 2022. Inquérito nacional de HIV 2021 - Ficha de resumo. [53059_14 INSIDA Summary-sheet-Web.pdf \(columbia.edu\)](#)

¹² Ficha informativa do CDC. [CDC em Moçambique](#)

¹³ CQUIN 7 ^a Reunião Anual 2023. Análise da elegibilidade para doença avançada do HIV através de diferenças nos testes de CD4 em Moçambique. [PowerPoint Presentation \(columbia.edu\)](#)

¹⁴ Ford N et al. 2018. Grupo de Desenvolvimento de Directrizes para a Gestão da Doença Avançada do HIV e Início Rápido da Terapia Anti-retroviral. Gestão da doença avançada do HIV numa abordagem de saúde pública. Clin Infect Dis. 2018 Mar 4;66(suppl_2): S106-S110. doi: 10.1093/cid/cix1139

Carmona S, et al. 2018. Persistência de uma elevada carga de doença avançada de HIV entre os pacientes que procuram cuidados no programa nacional de HIV da África do Sul: Dados de uma coorte de laboratório nacionalmente. Clin Infect Dis. 2018 Mar 4;66(suppl_2): S111-S117. doi: 10.1093/cid/ciy045

¹⁵ MISAU 2012. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo. Moçambique

¹⁶ MISAU 2011. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique

¹⁷ Documento de Identidade do Projecto MSF. Beira Moçambique

¹⁸ MISAU 2023. Relatório semestral das Actividades Relacionadas ao HIV/SIDA. Relatório Semestral_HIV_2023_FINAL.pdf

Em termos das Populações Vulneráveis Chave (KVP) na Beira, o MISAU estimou a prevalência do HIV em cerca de 24% entre as MTS¹⁹ e 9,1% entre os HSH²⁰. De 2014 até Agosto de 2023, os MSF tinham 7.080 PVC inscritos e acompanhados, com uma prevalência global de HIV auto-avaliada de 21,4%. A prevalência do HIV entre as MTS foi de 39,1%, entre os HSH de 9% e entre os grupos de transgéneros (TG) de 29%.²¹ Os serviços de HIV para as Populações Vulneráveis Chave (KVP) continuam a ser largamente inadequados e estas enfrentam barreiras de acesso aos serviços de saúde, sobretudo no caso dos HSH, devido ao estigma e à discriminação.

Historial da MSF na Beira

Em 2014, a MSF começou a trabalhar na Beira como parte do “projecto do corredor”. Este projecto ofereceu um pacote contextualizado e abrangente de cuidados às Populações Vulneráveis Chave (KVP) ao longo de um importante corredor de transportes que atravessa Moçambique, Malawi e Zimbabwe. As Populações Vulneráveis Chave (KVP) visadas neste projecto incluíam as MTS, os HSH e os trabalhadores em mobilidade (ou seja, camionistas). Em 2015, a MSF começou a intervir em dois Centros de Saúde (CS) primários - Munhava e Ponta Gea - apoiando o MISAU na implementação de actividades específicas relacionadas com o HIV, incluindo a monitoria de rotina da Carga Viral (VL) e a gestão de farmácias, visando a Populações Vulneráveis Chave (KVP). Em 2017, o projecto do corredor evoluiu para fornecer um pacote de qualidade e adaptado de prevenção e tratamento do HIV, bem como serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR), às Populações Vulneráveis Chave (KVP). O projecto do corredor foi entregue ao FHI360 devido à baixa viabilidade de seguir a população-alvo que atravessa as fronteiras e, portanto, alcançar a continuidade dos cuidados. No entanto, os MSF continuaram a trabalhar com as Populações Vulneráveis Chave (KVP) na Beira ao nível comunitário.

Em 2018, as actividades da MSF foram reorientadas com o objectivo geral de reduzir a morbilidade, a mortalidade e a incidência do HIV entre as Populações Vulneráveis Chave (KVP) na Beira (incluindo a MSF, os jovens em risco, os HSH e os TG), bem como a população em geral com Doenças Avançadas pelo HIV (DAH). As áreas de intervenção deste novo projecto centraram-se em serviços favoráveis às Doenças Avançadas pelo HIV (DAH), TB, SSR e Populações Vulneráveis Chave (KVP) a três níveis: (1) Comunidade, (2) Centro de Saúde (CS) da Munhava e Ponta Gea, e (3) Hospital Central da Beira (HCB).

A MSF tem trabalhado estreitamente com o MISAU para garantir a replicabilidade das actividades, a partilha de experiências e competências, com o objectivo de influenciar a sustentabilidade dos resultados da intervenção. As actividades da MSF em Moçambique, especificamente os protocolos e ferramentas da MSF, influenciaram as directrizes nacionais sobre os serviços de Populações Vulneráveis Chave (KVP), saúde sexual e reprodutiva (SSR), incluindo cuidados de aborto seguro (SAC) e cuidados de Doenças Avançadas pelo HIV (DAH) que foram finalizados em 2020.²²

Em 2021, a MSF concluiu que não era viável manter uma abordagem tradicional centrada na clínica para o HIV. Foi decidido alargar o apoio da MSF ao nível dos cuidados de saúde primários, mas aplicar uma abordagem menos prática. No âmbito do objectivo principal de expandir e melhorar o acesso aos serviços de saúde ao nível dos cuidados de saúde primários para os doentes das Populações Vulneráveis Chave (KVP), SSR e Doenças Avançadas pelo HIV (DAH), o projecto foi novamente reestruturado em 2021 em duas componentes principais:

- (1) Componente de descentralização, que inclui o apoio a 10 centros de saúde centrados em serviços favoráveis ao consumo humano, serviços de saúde sexual e reprodutiva e serviços de saúde pública, e

¹⁹MISAU 2012. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Mulheres Trabalhadoras de Sexo. Moçambique

²⁰MISAU 2011. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique

²¹ Documentação interna da MSF

²² MISAU 2022. Guião de manejo do paciente com doença avançada por HIV.

- (2) Serviços verticais de Doenças Avançadas pelo HIV (DAH) prestados no HCB e no Centro de Saúde (CS) de Munhava.

A população-alvo também inclui a população geral, assumindo que o aumento da capacidade do pessoal de saúde tem impacto na população geral da Beira.

Em 2022, o MISAU começou a implementar as novas directrizes no HCB e no CS da Munhava com o apoio da MSF e a ambição de mais tarde expandir para outros CS na Beira. O plano do MISAU para implementar as novas directrizes ao nível dos cuidados de saúde primários enfrentou dificuldades e ainda não foi finalizado. O MISAU solicitou ainda a ajuda da MSF para a reactivação e melhoria do sistema nacional de tutoria.

Componente de Descentralização do Projecto

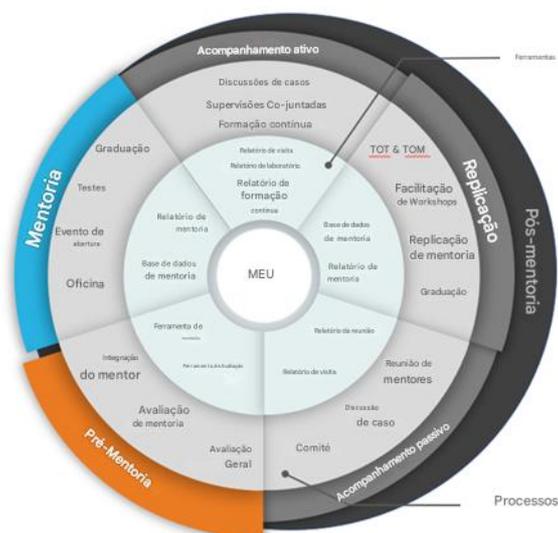
A componente de descentralização do projecto visa principalmente a partilha de experiência técnica, a capacitação do pessoal dos CS e a melhoria da sua consciência sobre o impacto que os serviços têm na vida do paciente. A MSF não presta serviços médicos directos, mas concentra-se no reforço de capacidades, bem como no apoio pontual em logística e fornecimento médico em 10 CS seleccionados na cidade da Beira (Nhaconjo, Chingussura, Inhamizua, Ponta-Gea, Macurungo, Manga Loforte, Mascarenhas, Cerâmica, Nhangau e Marrocanhe). A consulta de Doenças Avançadas pelo HIV (DAH) por mês variou entre 10 e 80 em 2023, entre os diferentes CS. De 2022 a meados de 2023, um total de 6 346 mulheres receberam serviços de SSR. Os dados específicos das Populações-Chave (PC) sobre a utilização de serviços não estão disponíveis até ao momento.

Programa de Mentoria

O reforço das capacidades tem sido um elemento central em todas as componentes do projecto, com o objectivo de assegurar a continuidade de serviços de qualidade. No entanto, antes da reorientação para a descentralização, observou-se pouco sucesso em influenciar as competências e o desempenho dos profissionais de saúde. Os dados actuais apontam fortemente para a necessidade de o ensino e a aprendizagem ocorrerem no local de trabalho para serem eficazes, muito mais do que numa sala de aula. Os programas de mentoria clínicos são concebidos de acordo com esta abordagem educativa. Por conseguinte, a MSF decidiu desenvolver um programa de mentoria adequado, incluindo formação, mentoria e supervisão dos profissionais de saúde, com o objectivo de influenciar os conhecimentos, as competências e a atitude, utilizando uma abordagem de aprendizagem de adultos orientada para o pessoal.

O programa de mentoria consiste em pacotes de formação sobre serviços favoráveis às Populações Vulneráveis Chave (KVP), SSR e Doenças Avançadas pelo HIV (DAH) e foi implementado gradualmente de Maio de 2021 a Setembro de 2023 em todos os 10 CS. O programa estendeu-se por mais de 6 meses em cada CS, passando por cinco fases, e visou principalmente o pessoal de saúde clínico e de apoio ao paciente. Desde o seu início, cerca de 150 profissionais de saúde estiveram totalmente envolvidos no programa, tornando-se os chamados mentorados.

As cinco fases incluem uma fase de pré-mentoria (2-4 semanas) para avaliar as necessidades e os recursos. Uma fase de formação (3-5 dias) transmite então pacotes de formação específicos sobre SSR, Populações Vulneráveis Chave (KVP), Doenças Avançadas pelo HIV (DAH) e, ainda, sobre



laboratório. A fase de mentoria (4-14 semanas) consiste num acompanhamento diário dos mentorados para apoiar a implementação dos conhecimentos adquiridos e para criar um ambiente de aprendizagem. Na fase de seguimento (3-6 meses), os mentorados são continuamente supervisionados através da realização de discussões semanais de casos, sessões mensais de feedback e apoio por telefone, se necessário. Finalmente, na fase de replicação, são seleccionados mentores prospectivos entre os mentorados, para participarem num workshop de formação de formadores. Estes mentores iniciarão a replicação.

Com o fim do programa de mentoria, a componente de descentralização do projecto terá concluído as suas actividades em meados de 2024. O apoio a pedido para os 10 CS continuará e a colaboração com os actores comunitários será mantida. A MSF continuará a apoiar o MISAU na implementação das directrizes DAH, SSR e Populações Vulneráveis Chave (KVP) ao nível dos cuidados de saúde primários.

OBJECTIVO E UTILIZAÇÃO PRETENDIDA

OBJECTIVO. A avaliação analisará os resultados gerais da componente de descentralização, com uma incidência específica no programa de mentoria. Deverá ainda documentar as lições aprendidas e elaborar recomendações para outras iniciativas de descentralização através da mentoria em contextos da MSF.

UTILIZAÇÃO PRETENDIDA. Os resultados da avaliação serão utilizados pela MSF e possivelmente por outros actores (por exemplo, MISAU) para informar os esforços de descentralização nos contextos da MSF. O processo de avaliação e as suas recomendações fornecerão ainda orientações para possíveis adaptações da estratégia do projecto da Beira.

QUESTÕES DE AVALIAÇÃO

- 1. Até que ponto a descentralização através da mentoria é relevante e adequada?**
 - a. A componente de descentralização respondeu adequadamente às necessidades da população-alvo?
 - b. Como a componente de descentralização foi alinhada com as prioridades dos intervenientes relevantes?
 - c. Que oportunidades poderiam ter melhorado a adequação da componente de descentralização?
- 2. Até que ponto a descentralização através da mentoria foi eficaz?**
 - a. Quais eram os resultados esperados da componente de descentralização?
 - b. Até que ponto foi possível melhorar os conhecimentos, as competências e a atitude do pessoal de saúde visado? De que forma foram alcançados os resultados esperados em termos de saúde dos pacientes?
 - c. Como a componente de descentralização poderia ter aumentado a sua eficácia?
- 3. Até que ponto a descentralização através da mentoria influenciou as maiores contribuições (impacto), na percepção dos diferentes intervenientes?**
 - a. Que consequências positivas ou negativas não previstas foram influenciadas pela componente de descentralização?
 - b. Como poderia ter sido aumentada uma mudança positiva (sistémica) mais ampla?
- 4. Até que ponto a descentralização através da mentoria é coerente no seu contexto mais amplo?**
 - a. De que forma foram consideradas as sinergias com os recursos e intervenções locais e estabelecidas as interligações (internas e externas)?
 - b. O que poderia ter melhorado a coerência?
- 5. Até que ponto a descentralização através da mentoria é replicável?**
 - a. De que forma a replicabilidade da componente do projecto foi considerada na sua execução?
 - b. Até que ponto a componente de descentralização é replicável pelo MISAU?

- c. Até que ponto a componente de descentralização é replicável pela MSF?

RESULTADOS ESPERADOS

- 1. Relatório inicial.** Com base na análise inicial de documentos e em entrevistas preliminares, o relatório inicial deve incluir uma proposta de avaliação detalhada, incluindo a metodologia e a análise.
- 2. Desenvolvimento de uma Teoria de Mudança.** Aconselha-se que seja feito em paralelo, ou antes, da finalização do relatório inicial. Deve fornecer uma visão das relações causais e dos pressupostos dos elementos do projecto em relação aos seus objectivos principais.
- 3. Projecto de relatório de avaliação.** O relatório deve responder às questões de avaliação que abordam os objectivos definidos e a utilização prevista da avaliação. Deve incluir a análise, os resultados e as conclusões e, se for caso, as lições aprendidas e as recomendações.
- 4. Sessão de trabalho.** No âmbito do processo de elaboração do relatório, o avaliador apresentará as conclusões, recolherá as reacções dos participantes e facilitará o debate sobre as lições aprendidas com a participação dos membros do comissário e do grupo de concertação numa ou mais sessões de trabalho.
- 5. Relatório final de avaliação.** O relatório final deve ter em conta os comentários e reacções recebidos durante a sessão de trabalho.
- 6. Divulgação.** A definir num plano de divulgação separado, pode incluir apresentações, sessões de aprendizagem, exercícios de sensibilização ou outros materiais de comunicação com parceiros, comunidades ou pacientes.

Esperamos que o (s) avaliador (es) seja (m) flexível(eis) na consideração de documentos adicionais que possam ser necessários para prosseguir com êxito o processo de avaliação. Cada documento é revisto pelo SEU e aprovado pelo Comissário de Avaliação.

INSTRUMENTOS E METODOLOGIA PROPOSTOS

Para além da proposta de avaliação inicial apresentada no âmbito da candidatura, os avaliadores elaborarão um protocolo de avaliação detalhado durante a fase inicial, na sequência do acesso à documentação e das discussões iniciais com o Grupo de Concertação (GC) da avaliação. O relatório inicial incluirá uma explicação detalhada dos métodos propostos e a sua fundamentação baseada em teorias validadas. Será revisto e validado no âmbito da fase de criação em coordenação com o SEU.

FONTES DE DADOS RECOMENDADAS

- Dados médicos recolhidos por rotina (dados brutos e agregados da MSF, ECHO ou MISAU).
- Documentos estratégicos e de projectos da MSF e da OCB (descrições de projectos, quadros lógicos, estratégias operacionais, relatórios anuais, relatórios de capitalização, avaliações, investigação e similares).
- Estratégias nacionais, regionais e globais, documentação temática e directrizes.
- Bibliografia, investigação e documentação externas.

APLICAÇÃO PRÁTICA DA AVALIAÇÃO

Número de avaliadores	Por definir
Calendário de avaliação	Março a Julho de 2024

O SEU envolve um Grupo de Concertação (GC) neste processo de avaliação com o objectivo de aumentar a compreensão, a adesão, a aprendizagem do processo e a qualidade e utilidade da avaliação. O GC é liderado por um comissário. Contribui para a finalização dos presentes TdR.

PERFIL/REQUISITOS DO (S) AVALIADOR (ES)

Requisitos:

- Competências de avaliação comprovadas;
- Licenciatura em saúde pública, gestão de serviços de saúde, epidemiologia ou área afim;
- Experiência em cuidados a pacientes com HIV, prestação de serviços ou similar;
- Experiência em desenvolvimento de capacidades, mentoria ou abordagens educativas semelhantes; e
- Ser fluente em português e inglês.

Vantagens:

- Experiência e/ou conhecimento em MSF.
- Experiência na região da África Austral, especificamente em Moçambique.
- Experiência em gestão/prestação de serviços avançados de HIV.
- Experiência de trabalho com População Vulnerável Chave (MTS, HSH, ou outros).
- Experiência em gestão/prestação de serviços de SSR.
- Experiência em abordagens participativas.

PROCESSO DE CANDIDATURA

A candidatura deve ser composta por uma proposta técnica, uma proposta de orçamento, CV(s) e uma amostra de trabalho realizado anteriormente. A proposta deve incluir uma reflexão sobre como a adesão às normas éticas para as avaliações será considerada ao longo da avaliação. Além disso, o(s) avaliador(es) deve(m) considerar e abordar a sensibilidade do tema em questão na metodologia, bem como reflectir-se na constituição da equipa. As propostas devem incluir um orçamento separado para todos os serviços, expresso em euros (EUR). O orçamento deve apresentar uma taxa de consultoria de acordo com o número de dias de trabalho previstos durante todo o período, tanto na totalidade como em termos de taxa diária. As despesas de deslocação, caso existam, não precisam de ser incluídas, uma vez que o SEU as organizará e cobrirá. Note-se que a MSF não paga ajudas de custo diárias.

As candidaturas serão avaliadas com base no facto de a proposta apresentada compreender as principais prestações previstas nos presentes TdR, uma metodologia relevante para alcançar os resultados previstos e a capacidade geral do(s) avaliador(es) para realizar o trabalho (ou seja, inclusão dos CV dos avaliadores propostos, referência a trabalhos anteriores, certificação, etc.)

As equipas ou indivíduos interessados devem submeter a sua candidatura para evaluations@stockholm.msf.org referenciando **BEIDE** até às 23h59min **CET de 26 de Março de 2024**. Agradecemos que os documentos necessários sejam enviados como anexos separados (proposta, orçamento, CV, amostra de trabalho, etc.). Inclua os seus dados de contacto no seu CV. Indique na sua candidatura por correio electrónico em que plataforma viu esta vaga.

A MSF está empenhada em aplicar princípios responsáveis de protecção de dados em todas as suas actividades, incluindo avaliações, respeitando tanto os princípios humanitários como o RGPD europeu. Durante o processo de avaliação, terá potencialmente acesso, recolha, armazenamento, análise e possivelmente eliminação de dados e informações sensíveis e de carácter pessoal de MSF e dos seus pacientes (SPDI). Ao preparar a sua proposta, tenha em conta as directrizes éticas do SEU, tendo em conta as ferramentas e soluções que irá utilizar, como irá trabalhar para mitigar quaisquer incidentes com dados e como irá eliminar os dados recolhidos após a conclusão da avaliação.

>...<

ANEXO II: MATRIZ DE AVALIAÇÃO

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
<p>Relevância EQ. 1: Até que ponto a descentralização através da mentoria é relevante e adequada?</p>	<p>Do TdR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A componente de descentralização respondia adequadamente às necessidades da população-alvo? ▪ Como a componente de descentralização foi alinhada com as prioridades dos intervenientes relevantes? ▪ Que oportunidades poderiam ter melhorado a adequação da componente de descentralização? <p>Acrescentado pelo avaliador (mentoria):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O programa de mentoria foi relevante para contribuir para a descentralização? ▪ Como o programa de mentoria se alinou com as necessidades e prioridades para a descentralização dos serviços de HIV nos CSP da Beira? ▪ De acordo com o projecto, a mentoria capta a atenção dos intervenientes como uma intervenção apropriada na descentralização? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alinhamento com os planos e políticas estratégicos nacionais/regionais em matéria de HIV/SIDA; ▪ Coerência com as iniciativas de reforço e descentralização dos cuidados de saúde primários; ▪ Até que ponto o programa de mentoria aborda as lacunas de capacidade identificadas ao nível do estabelecimento; ▪ Grau de adequação entre a componente mentoria e as necessidades dos profissionais de saúde; ▪ Nível de envolvimento e apropriação por parte das autoridades sanitárias locais e dos gestores das unidades sanitárias; ▪ Feedback e satisfação dos profissionais de saúde participantes (mentorados); ▪ Até que ponto o programa de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise documental ▪ Entrevistas com informantes-chave ▪ Feedback dos beneficiários ▪ Observação de campo

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
		<p>mentoria é adaptado às necessidades e realidades específicas das unidades de saúde participantes.</p>	
<p>Coerência EQ. 2: Até que ponto a descentralização através da mentoria é coerente no seu contexto mais amplo?</p>	<p>Do TdR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ De que forma foram consideradas as sinergias com os recursos e intervenções locais e estabelecidas as interligações (internas e externas)? ▪ O que poderia ter melhorado a coerência? <p>Acrescentado pelo avaliador (mentoria):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ O programa de mentoria foi concebido de forma a completar outras estratégias de descentralização dos serviços de HIV ▪ O programa de mentoria incluiu temas sobre DAH, PC e SSR, uma vez que estes são os principais objectivos da descentralização nos CSP ▪ O programa de mentoria foi concebido como um complemento ou substituto dos currículos tradicionais de formação, ou de reforço das capacidades do pessoal de saúde em Moçambique) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alinhamento com as estratégias nacionais/regionais de reforço dos cuidados de saúde primários e de descentralização do sistema de saúde; ▪ Integração nos quadros existentes de prestação de serviços de HIV/SIDA e nos sistemas de encaminhamento; ▪ Nível de coordenação e complementaridade com outros projectos de descentralização ou de prestação de serviços no domínio do HIV; ▪ Grau de colaboração e partilha de informações entre o programa de mentoria e outras intervenientes; ▪ Grau de integração do programa de mentoria nas estruturas e sistemas de gestão dos cuidados de saúde primários existentes; ▪ Clareza das funções, responsabilidades e canais de comunicação entre o programa de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análise documental ▪ Entrevistas com informantes-chave ▪ Reacções dos beneficiários ▪ Observação de campo

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
		<p>mentoria e as unidades sanitárias descentralizadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Mecanismos para promover a colaboração, a partilha de conhecimentos e a aprendizagem mútua entre as unidades de saúde participantes; ▪ Ciclos de feedback e adaptações feitas ao programa de mentoria com base nas lições aprendidas. 	
<p>Eficácia EQ. 3 revista: Até que ponto o programa de mentoria é eficaz e contribui para os resultados da descentralização?</p>	<p>Do TdR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Quais eram os resultados esperados da componente de descentralização? ▪ Até que ponto foi possível melhorar os conhecimentos, as competências e a atitude do pessoal de saúde visado? ▪ De que forma foram alcançados os resultados esperados em termos de saúde dos pacientes? ▪ Como a componente de descentralização poderia ter aumentado a sua eficácia? <p>Acrescentado pelo avaliador (mentoria):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ A que nível é que o programa de mentoria contribuiu para a eficácia da descentralização? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria dos conhecimentos, competências e confiança dos mentorados na prestação de serviços descentralizados de HIV; ▪ Mudanças na competência e nas atitudes dos mentorados no que respeita à prestação de cuidados de qualidade e de resposta adequada; ▪ Aumento da disponibilidade, acessibilidade e utilização dos serviços de HIV e de saúde sexual/reprodutiva; ▪ Melhoria da qualidade da prestação de serviços, incluindo para populações-chave e grupos vulneráveis; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dados de monitoria do programa ▪ Relatórios de avaliação das instalações ▪ Reações dos beneficiários ▪ Entrevistas com informantes-chave ▪ Observação de campo

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como a mentoria foi eficaz na melhoria das competências do pessoal de saúde e na melhoria das suas práticas em matéria de cuidados de saúde para o HIV nos CSP? 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria do planeamento, da gestão e da coordenação da prestação de serviços ao nível das instalações; ▪ Reforço da monitoria, da elaboração de relatórios e da utilização de dados para a tomada de decisões; ▪ Até que ponto o programa de mentoria contribuiu para os objectivos gerais da iniciativa de descentralização; ▪ Mudanças positivas nos resultados de saúde e impacto ao nível comunitário. 	
<p>Impacto EQ. 4: Até que ponto a descentralização através da mentoria influenciou as contribuições de maior dimensão, na percepção dos diferentes intervenientes?</p>	<p>Do TdR:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Que consequências não previstas, positivas ou negativas, foram influenciadas pela componente de descentralização? ▪ Como poderia ter sido aumentada uma mudança positiva (sistémica) mais ampla? <p>Acrescentado pelo avaliador (mentoria):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Como a descentralização foi positiva ou negativamente afectada pelo programa de mentoria, em geral? ▪ Como a mentoria melhorou a qualidade dos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepção da contribuição do programa de mentoria para o processo global de descentralização por diferentes intervenientes (por exemplo, autoridades sanitárias, gestores de instalações, prestadores de serviços, membros da comunidade); ▪ Pontos de vista dos intervenientes sobre a importância e influência do programa de mentoria em relação a outras intervenções ou factores; ▪ Até que ponto o programa de 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevistas com informantes-chave ▪ Grupos focais de discussão ▪ Análise documental ▪ Observação de campo ▪ Feedback dos Beneficiários

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
	<p>cuidados de saúde para o HIV?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Qual foi o benefício da mentoria na melhoria dos resultados de saúde das PVHIV, das PC e da SSR? ▪ Para além da mentoria e do apoio da MSF, quais são as outras intervenções e intervenientes que contribuem para os resultados da descentralização? 	<p>mentoria permitiu ou facilitou a mobilização de recursos adicionais (financeiros, humanos ou materiais) para os esforços de descentralização;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Estabelecimento de novas parcerias ou reforço das colaborações existentes em resultado do programa de mentoria; ▪ Adopção ou replicação da abordagem de mentoria por outros distritos, regiões ou programas; ▪ Esforços para alargar o alcance e a cobertura do programa de mentoria no âmbito da iniciativa de descentralização mais alargada; ▪ Impacto do programa de mentoria na definição de políticas, estratégias ou directrizes relacionadas com a descentralização e a prestação de serviços; ▪ Até que ponto o programa de mentoria informou ou influenciou os processos de tomada de decisão a nível local, regional ou nacional; ▪ Melhorias perceptíveis no acesso, utilização e qualidade dos serviços nas 	

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
		<p>unidades de saúde descentralizadas, conforme observado pelos membros da comunidade;</p> <ul style="list-style-type: none"> Mudanças ao nível da comunidade nos resultados e indicadores de saúde (por exemplo, testes de HIV, ligação aos cuidados, supressão viral) que podem ser atribuídos às contribuições do programa de mentoria. 	
<p>Replicabilidade QE 5: Até que ponto a descentralização através da mentoria é replicável?</p>	<p>Do TdR:</p> <ul style="list-style-type: none"> De que forma a replicabilidade da componente do projecto foi considerada na sua implementação? Até que ponto a componente de descentralização é replicável pelo MISAU? Até que ponto a componente de descentralização é replicável pela MSF? <p>Acrescentado pelo avaliador (mentoria):</p> <ul style="list-style-type: none"> Quais são os factores de sucesso do programa de mentoria como componente da intervenção de descentralização? Que lições aprendidas e experiências específicas sobre a mentoria para a descentralização devem ser reproduzidas 	<ul style="list-style-type: none"> Até que ponto o modelo do programa de mentoria pode ser adaptado a diferentes contextos geográficos, socioculturais e de sistemas de saúde; Identificação dos principais componentes do programa que são flexíveis e podem ser adaptados às necessidades e circunstâncias locais; Disponibilidade e acessibilidade dos recursos humanos, financeiros e materiais necessários para a implementação do programa de mentoria; Custo-benefício e sustentabilidade da abordagem de mentoria em comparação com outras intervenções 	<ul style="list-style-type: none"> Dados de monitoria do programa Entrevistas com informantes-chave Análise comparativa (com programas implementados noutros locais, como a RDC, a Guiné e o Kenya) Avaliações de custo-benefício e

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
	noutros projectos ou noutros contextos?	<p>de descentralização;</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Potencial para o programa de mentoria ser ampliado no âmbito da iniciativa de descentralização existente ou replicado em novos contextos; ▪ Factores que permitem ou dificultam o aumento de escala, ou a replicação do programa de mentoria; ▪ Presença de políticas, estratégias e directrizes de apoio que facilitem a implementação do programa de mentoria; ▪ Nível de compromisso e adesão dos principais intervenientes (por exemplo, autoridades sanitárias, gestores de instalações, prestadores de serviços) à abordagem da componente mentoria da descentralização; ▪ Disponibilidade de formação, ferramentas e recursos para apoiar o desenvolvimento de capacidades dos mentores e a replicação do programa de mentoria; ▪ Mecanismos para documentar e 	<p>sustentabilidade</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Revisão documental

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E QUESTÕES DE AVALIAÇÃO CORRESPONDENTES	QUESTÕES ESPECÍFICAS DE INVESTIGAÇÃO	INDICADORES	FONTES DE DADOS
		divulgar as lições aprendidas, as melhores práticas e as histórias de sucesso do programa de mentoria.	

ANEXO III: QUESTÕES DA ENTREVISTA

INTRODUÇÃO

Apresente-se: O meu nome é, e estou a trabalhar como avaliador externo da descentralização através da mentoria do projecto de MSF Beira.

O objectivo da avaliação é avaliar a relevância, a coerência, a eficácia, o impacto e a replicabilidade da descentralização dos serviços de HIV através do projecto de mentoria.

O objectivo da minha visita hoje é realizar uma entrevista confidencial, que normalmente dura entre 30 e 45 minutos. Solicito o seu consentimento para participar numa discussão que me ajudará a compreender melhor como a mentoria está a contribuir para a descentralização dos serviços de HIV na Beira. Os conhecimentos recolhidos ajudarão os MSF a melhorar a intervenção e, potencialmente, a replicar o seu sucesso noutros locais, caso se prove a sua eficácia.

É livre de participar e pode interromper a sua participação a qualquer momento durante a entrevista sem precisar de dar uma explicação e sem quaisquer consequências negativas. Podemos começar se tiver o seu consentimento?

QUESTÕES À EQUIPA DO PROJECTO

Panorama e Contexto

- Pode fornecer uma visão geral do panorama da prestação de serviços de VIH na cidade da Beira antes do projecto de descentralização e mentoria?
- Quais foram os principais factores e a lógica por detrás da decisão de descentralizar os serviços de VIH na cidade?
- Como é que o projecto de mentoria foi conceptualizado e concebido como um projecto para apoiar o processo de descentralização?

Relevância e Adequação

- Como avalia a relevância e adequação do projecto de mentoria na abordagem das necessidades e desafios específicos da descentralização dos serviços de HIV na cidade?
- Como avaliou as necessidades e desafios específicos das unidades de cuidados primários de saúde e dos profissionais de saúde no contexto da descentralização dos serviços de HIV? Como é que esta avaliação influenciou o design do projecto de mentoria?
- Pode explicar a razão por detrás da selecção das áreas temáticas principais abrangidas pelo projecto de mentoria (por exemplo, clínica, M&A, aprovisionamento, saneamento e higiene)? Como foram estas áreas priorizadas com base no contexto local?
- Que mecanismos foram implementados para garantir que o projecto de mentoria estivesse alinhado com as estratégias e políticas mais amplas do sistema de saúde relacionadas com a descentralização dos serviços de HIV? Como navegou por eventuais lacunas ou desalinhamentos?
- Como envolveu as partes interessadas locais, incluindo gestores de unidades de saúde, prestadores de serviços de HIV e representantes da comunidade, para compreender as suas

perspectivas sobre a relevância e adequação do projecto de mentoria? Como foram os seus contributos incorporados no design e implementação do projecto?

- Que passos tomou para garantir que o projecto de mentoria fosse adaptado às necessidades e capacidades específicas dos profissionais de saúde nas unidades descentralizadas? Como monitoriza e adapta o projecto para manter a sua relevância ao longo do tempo?
- Em que medida o componente logístico aborda as necessidades e desafios específicos da descentralização dos serviços de HIV e SSR em Beira, Moçambique e, especificamente, nos centros de saúde apoiados pela MSF?

Coerência

- Como é que o projecto de mentoria se alinha e complementa outras iniciativas ou intervenções que fazem parte da descentralização dos serviços de HIV na cidade? Pode explicar as sinergias e os mecanismos de coordenação em vigor?
- Que passos foram tomados para garantir que o projecto de mentoria esteja bem integrado no sistema e nas estruturas de cuidados primários de saúde existentes? Como abordou eventuais barreiras institucionais ou administrativas para uma integração eficaz?
- Pode descrever os mecanismos de coordenação e comunicação estabelecidos entre o projecto de mentoria, os pontos de prestação de serviços descentralizados de HIV, e as unidades de gestão de projectos de HIV central/regional? Como é que estes mecanismos facilitam a coerência e a partilha de informações?
- Que estratégias foram implementadas para fomentar a colaboração e a aprendizagem mútua entre os mentores e as diferentes unidades de cuidados primários de saúde participantes no projecto de mentoria? Como é que estas estratégias contribuem para a coerência e eficácia geral do projecto?
- Em que medida o componente logístico se alinha e complementa o projecto de mentoria e outros componentes do processo de descentralização?

Implementação do Projecto de Mentoria

- Pode explicar-nos o processo de implementação do projecto de mentoria nas 10 unidades de cuidados primários de saúde?
- Quais foram os componentes-chave do projecto de mentoria (por exemplo, formação, supervisão, orientação, aprendizagem entre pares)?
- Como foram seleccionados os mentores e mentorados, e quais foram os critérios utilizados para o seu recrutamento e capacitação?
- Que mecanismos foram implementados para garantir a coordenação e integração entre o projecto de mentoria e o sistema de saúde mais amplo?

Avaliação da Eficácia e Impacto

- Como monitoriza e avalia a eficácia do projecto de mentoria no apoio à descentralização dos serviços de HIV?

- Pode partilhar alguns dados ou evidências sobre os principais resultados e impactos do projecto de mentoria, como melhorias na qualidade do serviço, acesso e adesão?
- Quais foram os sucessos e desafios mais significativos encontrados na implementação do projecto de mentoria?
- Como tem envolvido as partes interessadas locais, incluindo profissionais de saúde, representantes da comunidade e decisores políticos, para compreender as suas perspectivas sobre o projecto de mentoria?
- Quão eficazmente tem o componente logístico do projecto da MSF Beira contribuído para a descentralização bem-sucedida dos serviços de HIV (DAH) e SSR em Beira, Moçambique?
- Qual o impacto mensurável que o componente logístico teve na melhoria da acessibilidade, qualidade e utilização dos serviços descentralizados de HIV e SSR nos centros de saúde apoiados pela MSF?
- *Sustentabilidade e replicabilidade:*
- Que estratégias foram postas em prática para assegurar a sustentabilidade do projecto de mentoria para além do atual ciclo do projecto?
- Que lições fundamentais aprendeu que poderiam servir de base à replicação e expansão do modelo de mentoria noutros contextos?
- Quais são os factores críticos que, na sua opinião, contribuíram para o êxito do projecto de mentoria no apoio à descentralização dos serviços de VIH?
- Até que ponto a componente logística e a sua abordagem podem ser reproduzidas noutras regiões ou países que enfrentam desafios semelhantes na descentralização dos serviços de VIH e SSR?

QUESTÕES PARA OS MENTORES

- Pode descrever o seu papel e responsabilidades como mentor no projecto de descentralização?
- Como foi selecionado e treinado para ser mentor? Quais foram os principais aspectos da formação de mentoria?
- Quais são as principais áreas temáticas em que fornece mentoria (por exemplo, clínica, M&A, aprovisionamento, higiene e saneamento)?
- Como avalia as necessidades e adapta o apoio de mentoria aos requisitos específicos dos mentorados?
- Quais têm sido os principais desafios e sucessos no seu papel de mentor?
- Como mede a eficácia da sua mentoria na contribuição para a descentralização dos serviços de HIV?
- Na sua opinião, quais são os factores mais importantes para a sustentabilidade e replicabilidade do projecto de mentoria?

QUESTÕES PARA OS MENTORADOS (EQUIPA DE SAÚDE, GESTORES DE CENTROS DE SAÚDE, EQUIPA DE M&A)

- Pode descrever o seu papel e responsabilidades na prestação de serviços de HIV descentralizados?
- Qual foi a sua experiência com o projecto de mentoria? Como é que este apoiou o seu trabalho?
- Como profissional de saúde a participar no projecto de mentoria, como é que o apoio e a orientação proporcionados pelos mentores foram úteis no reforço da sua capacidade para prestar serviços descentralizados de HIV? Pode dar exemplos específicos de como a mentoria impactou o seu conhecimento, competências e confiança?
- Pode fornecer exemplos específicos de como a mentoria melhorou o seu conhecimento, competências e práticas?
- Qual foi a sua experiência em termos da relevância e adequação do conteúdo e abordagem da mentoria para abordar os desafios específicos que enfrenta na prestação de serviços de HIV na unidade descentralizada? Como é que o projecto foi adaptado às suas necessidades e ao contexto local?
- Quais são os principais desafios que enfrentou na implementação dos serviços descentralizados de HIV e como é que o projecto de mentoria ajudou a resolvê-los?
- Como é que acha que o projecto de mentoria poderia ser melhorado para apoiar melhor a descentralização dos serviços de HIV?
- Quais são as suas sugestões para garantir a sustentabilidade e escalabilidade do projecto de mentoria?
- Que capacidade técnica em termos de equipamentos, fornecimento de medicamentos, etc., é que a sua unidade tinha antes da implementação do projecto de mentoria?
- Acha que só a mentoria seria suficiente para melhorar a disponibilidade e desempenho dos serviços de HIV e SSR no seu centro de saúde sem qualquer apoio logístico externo? Ou seja, há pré-requisitos que devem ser estabelecidos antes da implementação do projecto de mentoria ou posteriormente para garantir que a descentralização dos serviços de HIV e SSR seja bem-sucedida?

QUESTÕES PARA OS FUNCIONÁRIOS DO MISAU (DEPARTAMENTOS PROVINCIAIS E DISTRITAIS / PROJECTO DE CONTROLO DO HIV)

- Pode explicar a razão e os objectivos por trás da descentralização dos serviços de HIV na Cidade da Beira?
- Como é que o projecto de mentoria se enquadra na estratégia mais ampla de descentralização dos serviços de HIV?
- Que políticas e quadros regulatórios apoiam as iniciativas de descentralização e mentoria?
- Quais são os principais mecanismos de coordenação e integração entre o projecto de mentoria e o sistema de saúde mais amplo?
- Como avalia a relevância e coerência do projecto de mentoria na consecução dos objectivos de descentralização?

- Quais são os factores chave que considera para a escalabilidade e replicabilidade do projecto de mentoria noutras regiões?

PESSOAS QUE VIVEM COM HIV (PLHIV) - PCSPC – BENEFICIÁRIOS DE SERVIÇOS DE VIOLÊNCIA BASEADA NO SEXO E GÉNERO (SGBV) - E ASSOCIAÇÕES DE PACIENTES / CBO

Questões Gerais

- Experimentou alguma mudança na prestação de serviços de HIV desde que foram implementados os componentes de descentralização e mentoria? Pode comentar sobre essas mudanças?
- Notou alguma diferença na acessibilidade, qualidade e capacidade de resposta dos serviços de HIV nas unidades descentralizadas? (Inclua uma breve definição de 'acessibilidade', 'qualidade' e 'capacidade de resposta')
- Quais são as suas perspetivas sobre o envolvimento e participação da comunidade no processo de descentralização?
- Como participaria ou se envolveria no processo para ter um acesso mais próximo aos serviços?
- Quais são os principais desafios ou barreiras que você ou os membros da sua comunidade ainda enfrentam no acesso aos serviços descentralizados de HIV?
- A descentralização no HIV consiste em disponibilizar serviços de saúde no nível mais baixo dos sistemas de saúde, como centros de saúde; Mentoria é tudo o que contribui para a qualificação dos profissionais de saúde e assistentes de apoio psicossocial para cuidar dos pacientes nos centros de saúde. Tem alguma sugestão de como o projecto de descentralização e mentoria pode ser melhorado para melhor atender às necessidades da comunidade e dos pacientes?

Questões específicas para Pessoas Vivendo com HIV

- Como pessoa vivendo com HIV/SIDA, pode-me contar um pouco sobre a sua experiência com o serviço de saúde nesta clínica **antes** de começar o projecto de mentoria? E houve alguma mudança **após** o projecto de mentoria? (Sugestões: se não mencionado, pergunte sobre a acessibilidade e qualidade dos serviços, quão fácil/difícil é marcar uma consulta, receber medicamentos, exames laboratoriais, etc., e quão amigáveis são os profissionais de saúde...)
- Qual tem sido a sua percepção sobre a competência e capacidade de resposta dos profissionais de saúde nas unidades descentralizadas na prestação de cuidados e apoio ao HIV? Em que medida sente que o projecto de mentoria contribuiu para melhorar a capacidade e atitudes dos prestadores?

Questões específicas para beneficiários dos serviços de saúde sexual e reprodutiva (incluindo sobreviventes de VBGS)

- Costuma aceder aos serviços de saúde sexual e reprodutiva nesta clínica específica? Pode-me contar um pouco sobre a sua experiência com o serviço de SSR nesta clínica **antes** de começar o projecto de mentoria? E houve alguma mudança **após** o projecto de mentoria? (Sugestões: se não mencionado, pergunte sobre a acessibilidade e qualidade dos serviços, quão fácil/difícil

é marcar uma consulta, receber medicamentos, exames laboratoriais, etc., e quão amigáveis são os profissionais de saúde...)

- Quão acessíveis e acolhedores encontrou os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo serviços para sobreviventes de VBGS (SGBV), nos centros de saúde descentralizados? Em que medida sente que estes serviços se tornaram mais disponíveis e responsivos às necessidades da comunidade?
- Observou alguma melhoria na forma como os profissionais de saúde nas unidades descentralizadas se envolvem e apoiam os sobreviventes de VBGS (SGBV)? Se sim, que mudanças notou e como acha que o projecto de mentoria pode ter contribuído para essas melhorias?

Questões específicas para Populações Vulneráveis-Chave

Questões genéricas para todos

- Como membro da comunidade HSH/PUID/trabalhador(a) sexual, pode contar-me um pouco sobre a sua experiência com o serviço de saúde nesta clínica **antes** de o projecto de mentoria ter começado? E houve alguma mudança **após** o projecto de mentoria? (Sugestões: se não mencionado, pergunte sobre a acessibilidade e qualidade dos serviços, funcionários/profissionais de saúde amigáveis / não amigáveis, quão fácil / difícil é marcar uma consulta, receber medicamentos, exames laboratoriais, etc., e quão amigáveis são os profissionais de saúde...)
- Qual tem sido a sua percepção sobre a competência e capacidade de resposta dos profissionais de saúde nas unidades descentralizadas na prestação de cuidados e apoio ao HIV? Em que medida sente que o projecto de mentoria contribuiu para melhorar a capacidade e atitudes dos prestadores?
- Para Homens que fazem Sexo com Homens (HSH):
- Desde os esforços de descentralização e o projecto de mentoria, notou alguma mudança na sua capacidade de aceder aos serviços de prevenção do HIV, como preservativos, lubrificantes e testes de HIV? Pode descrever algumas melhorias ou desafios que tenha experimentado?
- Observou alguma mudança nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos indivíduos HSH que procuram testes, tratamento ou outros serviços de HIV? Como é que isto impactou a sua disposição para utilizar estes serviços?

Para Pessoas que Injetam Drogas (PID):

- Como é que a descentralização dos serviços e o projecto de mentoria afetaram o seu acesso a serviços de redução de danos, como troca de agulhas/seringas, Terapia de Substituição de Opioides (OST) e prevenção de overdoses? Notou alguma melhoria ou barreira?
- Sente que os profissionais de saúde são agora mais responsivos às necessidades e desafios únicos das pessoas que injetam drogas quando se trata de testes de HIV, ligação ao cuidado e adesão ao tratamento? Pode partilhar alguma experiência ou mudança específica que tenha observado?
- Para Trabalhadores(as) de Sexo:
- Desde os esforços de descentralização e o projecto de mentoria, notou alguma mudança na sua capacidade de aceder a testes de HIV, aconselhamento e serviços de prevenção, como

preservativos e lubrificantes? Pode descrever algumas melhorias ou desafios contínuos que enfrentou?

- Observou alguma mudança nas atitudes e práticas dos profissionais de saúde em relação aos trabalhadores(as) de sexo que procuram serviços relacionados com o HIV? Como é que isto impactou o seu conforto e disposição para utilizar estes serviços?

CONCLUSÃO DA ENTREVISTA

"Há algo mais que gostaria de acrescentar? Há alguma pergunta que eu não tenha feito e que acha que deveria ter feito?"

Obrigado.

ANEXO IV: EXEMPLO DE GRELHAS DE AVALIAÇÃO DE MENTORIA

GRELHA DE COMPETÊNCIAS DO MENTORANDO - HEMATOLOGIA

HEMATOLOGIA	
CATEGORIA DE APRENDIZAGEM	No final deste tópico, serás capaz de:
CONHECIMENTO	Definir uma abordagem prática para um paciente com anemia.
	Alistar as causas comuns de anemia, as investigações úteis e a gestão.
	Reconhecer as indicações para transfusão de sangue.
PROCEDIMENTO	Realizar um teste de hemoglobina no ponto de atendimento (POC Hb).
ATITUDE ou COMPORTAMENTO	Nenhum(a)

Questões e preocupações que preciso de estudar ou gostaria de levantar com o meu mentor

Novas lições aprendidas durante uma sessão de mentoria ou a partir do meu próprio estudo

GRELHA DE OBSERVAÇÃO DO MENTORADO - MENTOR

Utilização recomendada deste documento

A avaliação neste documento não deve ser completada na presença do mentorado. Os mentorados devem apenas ser informados com cuidado das áreas que precisam de estudar ou trabalhar, com vista a discutir os tópicos pendentes numa fase posterior.

1 – abaixo da média

2 - satisfatório

3 – acima da média

DOMÍNIO	TÓPICO e RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	DATA 1	DATA 2	DATA 3
Sessão 1	TÓPICO			
CONHECIMENTO				
PROCEDIMENTO				
ATITUDE ou COMPORTAMENTO				
COMENTÁRIOS ADICIONAIS				
Sessão 2	TÓPICO			
CONHECIMENTO				
PROCEDIMENTO				
ATITUDE ou COMPORTAMENTO				
COMENTÁRIOS ADICIONAIS				
Sessão 3	TÓPICO			
CONHECIMENTO				
PROCEDIMENTO				
ATITUDE ou COMPORTAMENTO				
COMENTÁRIOS ADICIONAIS				

DOMÍNIO	TÓPICO e RESULTADOS DE APRENDIZAGEM	DATA 1	DATA 2	DATA 3
Sessão 4	TÓPICO			
CONHECIMENTO				
PROCEDIMENTO				
ATITUDE ou COMPORTEAMENTO				
COMENTÁRIOS ADICIONAIS				
Sessão 5	TÓPICO:			
CONHECIMENTO				
PROCEDIMENTO				
ATITUDE ou COMPORTEAMENTO				
COMENTÁRIOS ADICIONAIS				
Sessão 6	TÓPICO:			
CONHECIMENTO				
PROCEDIMENTO				
ATITUDE ou COMPORTEAMENTO				
COMENTÁRIOS ADICIONAIS				

ANEXO V: CONTEÚDO DO PROGRAMA DE MENTORIA POR TÓPICO

PROGRAMA DE MENTORIA CLÍNICA PARA HIV AVANÇADO

OBJECTIVOS GERAIS	
1	Melhorar a qualidade da gestão dos pacientes com TB / doença HIV avançada ao nível do CS
2	Melhorar a triagem e detecção de TB ao nível do CS
3	Melhorar a gestão de carga viral elevada e falha de tratamento ao nível do CS
4	Reduzir a morbilidade e mortalidade em pacientes com doença HIV avançada

Semana 0 - Contrato e mentoria pré-teste / evento de abertura

Semana 1-2 HIV avançado / teste POC

Semana 1 - Introdução ao HIV avançado

- Definir HIV avançado de acordo com a OMS / MSF
- Descrever as características clínicas da progressão da doença pelo HIV de acordo com o sistema de avaliação da OMS
- Alistar os sinais de perigo do HIV avançado
- Alistar as causas comuns de mortalidade no HIV avançado
- Reconhecer pacientes que apresentam os sinais de perigo

Semana 2 - Testes no ponto de atendimento

- Reconhecer a importância de determinar a contagem de CD4
- Mencionar os critérios de elegibilidade para CD4, Crag e TB LAM (de acordo com a OMS)
- Interpretar os resultados de contagem de CD4, Crag e TB LAM
- Registrar os resultados de CD4, Crag e TB LAM no ficheiro do paciente
- Obter consentimento informado para realizar testes POC de forma acolhedora

Semana 3 - Detectar e gerir falhas de tratamento

- Definir três diferentes tipos de falhas de tratamento, de acordo com as diretrizes da OMS
- Alistar os critérios para diagnosticar falhas de tratamento virológicas (regra 123A)
- Alistar 5 situações em que um médico pode ser responsável por uma alta carga viral
- Alistar as investigações necessárias a serem realizadas antes de mudar para a 2ª linha
- Explicar a relação entre baixa dosagem ou falha em tomar a medicação e mutação de resistência
- Alistar os efeitos colaterais comuns dos medicamentos de segunda linha

- Escolher o regime de segunda linha correcto para o paciente Hep BsAg positivo com falha de primeira linha
- Alistar o regime de segunda linha em adultos e crianças

Semana 4 - Abordagem geral às infecções oportunistas (IOs) comuns

- Definir uma infecção oportunista
- Documentar sistematicamente o estágio da OMS nas visitas à clínica
- Demonstrar a capacidade de avaliar correctamente os pacientes durante a consulta
- Realizar um exame físico completo em pacientes com HIV avançado
- Abordagem geral às doenças infecciosas da pele em pacientes HIV positivos
- Explicar a necessidade de perguntar aos pacientes sobre sintomas específicos

Semana 5 - Doenças respiratórias

- Alistar as '3 principais' doenças respiratórias (TB / PCP / Pneumonia Bacteriana);
- Explicar o diagnóstico e tratamento das três principais doenças respiratórias;
- Realizar um exame respiratório (incluindo RR e auscultação torácica);
- Iniciar tratamento pré-referência (empírico) para as '3 principais' quando indicado e necessário

Semana 6 - Doenças neurológicas

- Alistar as '3 principais' doenças do SNC (TB/Neurotoxoplasmose/Meningite criptocócica)
- Explicar o diagnóstico e tratamento das três principais doenças neurológicas
- Realizar um exame neurológico em um paciente com sintomas neurológicos
- Iniciar tratamento pré-referência (empírico) para as '3 principais' quando indicado e necessário
- Realizar acompanhamento pós-alta de pacientes com meningite criptocócica/ TB do SNC/ Neurotoxoplasmose

Semana 7 - Condições do Sistema Gastrointestinal + Doença de Kaposi + Cancro do útero

- Alistar as principais causas de diarreia aguda em pacientes com HIV
- Alistar as principais causas de diarreia crónica em pacientes com HIV
- Fazer triagem para a doença visceral de Kaposi em pacientes com HIV
- Realizar triagem regular para cancro do colo do útero e alistar os critérios de referência

Semana 8 - TB no HIV

- Alistar 6 questões específicas sobre triagem para TB

- Nomear pelo menos 5 técnicas para diagnosticar TB
- Identificar pacientes suspeitos de TB
- Explicar a gestão dos resultados positivos do GeneXpert - Rif-sensível e Rif-resistente
- Alistar os regimes de tratamento medicamentoso para TB S e suas interações com a TARV
- Mudar correctamente da fase intensiva para a fase de manutenção
- Prescrever IPT em pacientes HIV+ com triagem negativa para TB
- Documentar sistematicamente a duração da IPT no ficheiro mestre do paciente

Semana 9 - HIV em pediatria

- Triagem e diagnóstico de HIV em crianças;
- Triagem de IO (TB, infeção bacteriana grave)
- Profilaxia de IO em pediatria
- Avaliação dos sinais de gravidade
- TARV em pediatria (Construir um regime ARV correcto e dosagem de acordo com o peso)

Semana 10 - Detecção e gestão de falhas de tratamento em pediatria / TB em pediatria

- Diagnóstico e tratamento de TB em pediatria;
- Identificação de resistência à TARV em crianças;

Semana 11 - Pós-teste e Graduação

PROGRAMA DE MENTORIA LABORATORIAL PARA HIV AVANÇADO

OBJECTIVOS GERAIS	
1	Melhorar a qualidade dos serviços laboratoriais para pacientes com HIV avançado
2	Melhorar a organização e o ambiente de trabalho no laboratório
3	Melhorar a segurança dos funcionários e equipamentos laboratoriais
4	Garantir uma boa gestão de stock dos suprimentos laboratoriais

Semana 0 - Contrato de mentoria e pré-teste / evento de abertura

Semana 1 - HIV avançado, documentos e registos

- Divulgar a importância de manter documentos e registos atualizados no laboratório;
- Criar um índice de ficheiros mestre para acompanhar os documentos comuns utilizados no laboratório;
- Atualizar a documentação existente do laboratório e criar os documentos necessários para o funcionamento adequado do laboratório.

Semana 2 - Área de trabalho e gestão de amostras

- Aprender boas práticas laboratoriais para um fluxo de trabalho seguro e saudável;
- Manter um ambiente de trabalho limpo, seguro e funcional;
- Observar as principais etapas da gestão de amostras laboratoriais;
- Recolher e cuidar das amostras adequadamente (aceitar e rejeitar amostras).

Semana 3 - Realização de testes laboratoriais e garantia de qualidade

- Fornecer resultados de testes precisos e validados a tempo (fases pré-analítica, analítica e pós-analítica);
- Garantir processos de testes precisos e fiáveis;
- O CQ (controlo de qualidade) deve ser consistentemente realizado, monitorizado, analisado e considerado essencial para um sistema de gestão de controlo de qualidade (CQ) eficiente.

Semana 4 - Gestão de inventário e manutenção de equipamentos

- O meu laboratório monitoriza o inventário
- Criar uma Lista de Fornecimentos para um Teste Piloto
- Manter os equipamentos para fornecer um serviço ininterrupto
- Manter registos dos equipamentos e disponibilizá-los para documentar a manutenção adequada dos equipamentos e o controlo de qualidade (CQ).

Semana 5 - Pós-teste

CURRÍCULO DE MENTORIA: POPULAÇÃO-CHAVE - PS

OBJECTIVOS GERAIS	
1	Melhorar a qualidade dos cuidados psicossociais dos beneficiários
2	Melhorar os cuidados / gestão psicossociais dos beneficiários de PC & Doença HIV Avançada (DAH) através da utilização correcta de ferramentas de aconselhamento

Semana 1 - Pré-teste e acordo de mentoria / Evento de Abertura

Semana 2 - Introdução da população-chave

- Alistar as populações-chave e vulneráveis;
- Descrever como o comportamento de risco é rastreado durante as sessões de aconselhamento;
- Utilizar a ferramenta de avaliação de risco durante todas as sessões de aconselhamento;
- Fornecer sessões de sensibilização em saúde para a população-chave (PC) no SAAJ, utilizando o guia de sessões.

Semana 3 - Serviços Amigáveis para Populações-Chave (no final deste período de mentoria, espera-se que o mentorado seja capaz de):

- Descrever e compreender o impacto do estigma e discriminação nos beneficiários da população-chave;
- Utilizar a ferramenta de avaliação de risco da população-chave durante todas as sessões de aconselhamento, usando a ferramenta recomendada nas directrizes da população-chave;
- Fornecer sessões de sensibilização em saúde para a população-chave no SAAJ ou noutras áreas de espera dos pacientes, conforme decidido pela gestão do Centro de Saúde (HC), utilizando o guia de sessões;
- Visitar os locais da comunidade onde a MSF implementa serviços para a população-chave, para praticar as sessões de aconselhamento (com foco especial em sessões relevantes para a população-chave, como o aconselhamento sobre PrEP e o acompanhamento da população-chave).

Semanas 4, 5 e 6 - Profilaxia Pré-Exposição (no final deste período de mentoria, espera-se que o mentorado seja capaz de):

- Definir PrEP (O que é PrEP, como funciona, adesão) e os critérios de elegibilidade;
- Descrever as diferenças entre PrEP e PEP;
- Realizar sessão de aconselhamento de iniciação de PrEP usando o guia de sessões;
- Avaliar a compreensão do beneficiário sobre PrEP e a motivação para utilizar PrEP.

Semana 7 – Avaliação intermédia da mentoria

- Conclusão das sessões de mentoria pendentes
- Mentorado e Mentor - Revisão dos portfólios dos mentorados
- Preparação para o próximo período de mentoria.

Semanas 8 e 9 - Aconselhamento Avançado sobre HIV (no final deste período de mentoria, espera-se que o mentorado seja capaz de):

- Explicar conceitos relacionados com a Doença HIV Avançada
- Alistar os sinais de perigo que indicam que um beneficiário pode ter DAH
- Realizar sessão de aconselhamento avançado sobre HIV usando o guia de sessões
- Realizar sessões de sensibilização em saúde sobre sinais de perigo de DAH na área de espera / SAAJ

Semana 10: Recuperação

- Recuperar sessões que possam ter sido perdidas nas semanas anteriores
- Completar o painel de mentoria

Semanas 11 e 12 - Avaliação pós-mentoria e Certificação

- Conclusão das sessões de mentoria pendentes;
- Mentorado e Mentor - Revisão dos portfólios dos mentorados;
- Apresentação do painel do mentorado;
- Fim da mentoria e certificação.

PROGRAMA DE MENTORIA PARA POPULAÇÃO-CHAVE E VULNERÁVEL

OBJECTIVOS GERAIS	
1	Humanizar as consultas com populações-chave e vulneráveis, promovendo a não discriminação e boas práticas de comunicação
2	Melhorar a qualidade da gestão e triagem de IST, Hepatite B, HIV e TB
3	Melhorar a gestão de violência baseada no género (VBG), rastreio de câncer (CANCUM)
4	Promover a PrEP

Semana 0 - Contrato de mentoria e pré-teste / evento de abertura

Semana 1 - Introdução ao conceito de população-chave

- Definir populações-chave e vulneráveis;
- Descrever como rastrear comportamentos de risco durante os cuidados clínicos;
- Alistar as causas da má adesão à PC nos serviços de saúde;
- Alistar algumas das implicações para a saúde do utilizador quando é identificado como PC durante os cuidados vs. quando não é identificado;
- Reconhecer pacientes que apresentam sinais de perigo.

Semana 2 - Serviços amigáveis para PC

- Definir género e sexualidade;
- Descrever o impacto do estigma e discriminação;
- Alistar algumas entidades legais e para-legais que protegem os direitos da PC;
- Alistar o papel da comunidade nos serviços amigáveis para PC;
- Mencionar medidas para capacitar os utilizadores.

Semana 3 - Testes no ponto de atendimento

- Reconhecer a importância de testes rápidos de HIV e seguimento;
- Listar os critérios para testes de HIV;
- Realizar o teste de HIV corretamente;
- Realizar testes para sífilis e hepatite B.

Semana 4 - Profilaxia de HIV

- Alistar a importância de PEP e PrEP;
- Mencionar os critérios para iniciar PEP;
- Alistar os critérios para iniciar PrEP;
- Descrever como fazer o seguimento de pacientes que tomam PrEP.

Semana 5 - Pacotes de cuidados integrados para PC

- Triagem de doenças da PC
- Triagem e gestão de IST
 - § Alistar os componentes da triagem ativa de IST;
 - § Diagnosticar e gerir IST;
 - § Mencionar os riscos que a PC tem de contrair IST, IST graves e recorrentes;
- Triagem para CÂNCER
 - § Definir cancro do colo do útero e cancro da mama e meios de diagnóstico;
 - § Alistar os critérios para a triagem de CÂNCER em PC HIV-positivas e HIV-negativas;
 - § Alistar as vantagens da triagem para CÂNCER na PC;
- Triagem para TB
 - § Mencionar os meios de triagem para TB em PC HIV-positivas e HIV-negativas;
 - § Alistar as diferenças nos riscos de contrair TB na PC e na população geral. Geral (incluindo MDR);

Semana 6 - Pacotes de cuidados integrados para PC

- VBG na PC (sexual)
- Alistar as diferenças nos riscos de VBG sexual na PC vs. pop. geral;
 - Alistar possíveis barreiras ao acesso a serviços adequados (paralegais e de saúde);
 - Mencionar os pacotes de triagem e prevenção para vítimas de violência sexual;
 - Alistar possíveis complicações de não aceder a serviços de VBG;
- Hepatite B na PC
 - Descrever a patologia;
 - Alistar os métodos preventivos;
 - Mencionar as complicações da Hepatite B.

PROGRAMA DE MENTORIA PARA CUIDADOS PÓS-ABORTO

OBJECTIVOS GERAIS	
1	Oferecer actividades de sensibilização, educação em saúde e serviços amigáveis entre a comunidade e o centro de saúde, a população-chave e a população em geral.
2	Oferecer serviços de qualidade sem discriminação em unidades de saúde para a população de alto risco e a população em geral.
3	Oferecer um pacote de cuidados adaptados e contextualizados em relação ao planeamento familiar e cuidados pós-aborto.
4	Fornecer cuidados pós-aborto à população de alto risco e à população em geral.
5	Apoiar a descontinuação da aspiração manual para cuidados pós-aborto e o uso de Misoprostol para cuidados pós-aborto em pacientes que necessitam de cuidados com idade gestacional inferior a 12 semanas.
6	Apoiar o uso de lidocaína para minimizar a dor durante a aspiração manual em pacientes que necessitam de cuidados com idade gestacional superior a 12 semanas.

Semana 0 - Formação e mentoria

Semana 1 - Cuidados pós-aborto

- Conhecer a importância da aspiração manual;
- Conhecer os objetivos da aspiração manual;
- Conhecer os critérios para a aspiração manual e misoprostol;
- Conhecer as vantagens e desvantagens dos cuidados pós-aborto com Misoprostol e Aspiração.

Semana 2 - Diagnóstico e Diagnóstico Diferencial

- Conhecer os sinais e sintomas dos cuidados pós-aborto;
- Conhecer o diagnóstico diferencial;
- Conhecer os sinais e sintomas para diferenciar o diagnóstico.

Semana 3 - Procedimentos a seguir ao utilizar misoprostol para cuidados pós-aborto

- Definir procedimentos de acordo com o diagnóstico;
- Como priorizar procedimentos para o uso de misoprostol;
- Conhecer a via de administração, frequência e tempo de eficácia do misoprostol para cuidados pós-aborto;
- Conhecer as ações do misoprostol para cuidados pós-aborto.

Semana 4 - Cuidados pós-aborto por aspiração

- Aprender os 10 passos para iniciar a aspiração;

- Praticar.

Semana 5 - Continuação dos 10 passos para iniciar a aspiração e prática

Semana 6 - Cuidados pós-MVA

- Procedimentos pós-MVA;
- Acompanhamento do paciente;
- Complicações;
- Contracepção.

Semana 7 - Quando regressar a casa

- Quais são os sinais de perigo;
- Segurança do aborto medicamentoso e os passos para tomar a medicação;
- Efeitos da medicação durante o aborto medicamentoso;
- Sinais de alerta.

Semana 8 - Acompanhamento e complicações

- Cuidados de acompanhamento;
- Confirmação de aborto bem-sucedido;
- Problemas, complicações e emergências;
- Risco de malformações fetais;
- Complicações raras, mas emergentes.

Semana 9 - Aborto e saúde mental

- Aconselhamento centrado no paciente;
- Como validar e normalizar a situação;
- Identificação de outras necessidades de apoio

Semana 10 - Aborto retido

- Avaliação dos riscos;
- Tratamento do aborto.

Semana 11 - Contraindicações e debates

- Métodos de evacuação intrauterina.

Semana 12 - Pós-teste e Graduação

PROGRAMA DE MENTORIA PARA ABORTO SEGURO

OBJECTIVOS GERAIS	
1	Oferecer actividades de sensibilização, educação em saúde e serviços amigáveis entre a comunidade e o centro de saúde, a população-chave e a população em geral.
2	Oferecer serviços de qualidade sem discriminação em unidades de saúde para a população de alto risco e a população em geral.
3	Oferecer um pacote de cuidados adaptados e contextualizados em relação ao aborto e planeamento familiar.
4	Clarificação da lei sobre o aborto.
5	Reduzir o número de abortos inseguros.

Semana 0 - Formação e enquadramento dos mentores

Semana 1 - Saúde sexual e reprodutiva

- Conhecer a importância da saúde sexual e reprodutiva
- Conhecer de quem é a responsabilidade pela saúde sexual e reprodutiva
- Conhecer a responsabilidade dos homens em relação à saúde sexual e reprodutiva
- Conhecer os direitos de saúde sexual e reprodutiva para homens e mulheres
- Saber reconsiderar os direitos das mulheres durante a tomada de decisão

Semana 2 - Mortalidade materna

- Definir o contexto da mortalidade materna
- Descrever as causas da mortalidade materna
- Alistar as causas devastadoras comuns que podem causar danos a uma mulher
- Conhecer algumas das assistências que podem salvar vidas de mulheres

Semana 3 - Aborto

- Definir aborto e a sua classificação
- Definir os sinais e sintomas de cada tipo de aborto
- Aprender por que razão as mulheres fazem abortos
- Conhecer o papel do profissional de saúde ao lidar com uma mulher a fazer um aborto
- Aconselhamento centrado no paciente

Semana 4 - Cuidados ao paciente para aborto medicamentoso

- Exame clínico antes do procedimento
- Conhecer os critérios para administrar o aborto medicamentoso de forma segura
- Conhecer os passos de uma avaliação clínica simples para aborto medicamentoso

- Conhecer as contraindicações para aborto medicamentoso

Semana 5 - Histórico médico

- Avaliação do histórico médico e sinais e sintomas do diagnóstico diferencial de uma gravidez
- Precauções a tomar durante o aborto medicamentoso e sua legibilidade
- Definição da idade gestacional

Semana 6 - Processo de aborto medicamentoso

- O papel do aborto medicamentoso
- Segurança do aborto medicamentoso e os passos para tomar a medicação
- Efeitos da medicação durante o aborto medicamentoso
- Sinais de alerta

Semana 7 - Acompanhamento e complicações

- Cuidados de acompanhamento
- Confirmação de aborto bem-sucedido
- Problemas, complicações e emergências
- Risco de malformações fetais
- Complicações raras, mas emergentes

Semana 8 - Aborto e saúde mental

- Aconselhamento centrado no paciente
- Como validar e normalizar a situação
- Identificação de outras necessidades de apoio

Semana 9 - Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ITSs)

- Avaliação dos riscos de transmissão de ITSs
- Tratamento de ITSs no processo de aborto Seguro

Semana 10 - Contracepção pós-aborto

- Aconselhamento sobre planeamento familiar
- Quando iniciar o planeamento familiar após o aborto
- O que fazer para prevenir futuras gravidezes