

# AVALIAÇÃO DO PROJETO COMPONENTE AHD PROJETO HIV BEIRA 2018-2021

---

**FEVEREIRO DE 2023**

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

Foi preparada de forma independente por Lenka Tucek e pela Dra. Karoline Fonck.

## EXONERAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Este relatório foi escrito em inglês e traduzido para Português. Esta versão em Português não refletir todos os nuances da versão original.

A opinião dos autores expressa nesta publicação não reflecte necessariamente a opinião dos Médicos Sem Fronteiras e da Unidade de Avaliação de Estocolmo.

## RESUMO EXECUTIVO

### CONTEXTO

Moçambique é um dos países mais severamente afectados pela pandemia do HIV. O projeto do HIV dos Médicos Sem Fronteiras (MSF) - Centro Operacional de Bruxelas (OCB) na Beira começou em 2014 como um projeto para migrantes e populações chave (KP). Isto levou a uma compreensão da magnitude do HIV em Estado Avançado (AHD) que precisava de ser abordada. Em 2018, MSF introduziram uma componente do AHD no Hospital Central da Beira (HCB) e em dois centros de saúde (Munhava e, em menor escala, Ponta Gêa). A componente do AHD abrangeu os diagnósticos de laboratório realizados pelo MSF e os circuitos de gestão de casos nas instalações. Durante o período de avaliação, o ciclone Idai e as restrições COVID-19 foram factores externos importantes.

### METODOLOGIA

A avaliação teve como objectivo avaliar a relevância, adequação, eficácia, eficiência e conetividade (conjunto reduzido de critérios de Avaliação da Ação Humanitária) do projeto durante o período 2018-2021, bem como compilar as lições aprendidas que poderiam facilitar futuros projetos relacionados com o AHD.

A avaliação incluiu uma revisão da área de trabalho e uma visita aos três sítios do projeto na Beira. Foi utilizada uma abordagem de método misto. As principais entrevistas com partes interessadas e doentes forneceram principalmente informação qualitativa, enquanto que a revisão de documentos e o estudo de bases de dados de doentes de MSF foram utilizados para explorar informação quantitativa. Desde o início, a avaliação foi conduzida de forma participativa com gestores do MSF da Beira. Realizou-se uma sessão de balanço no local e, mais tarde, com o Grupo Consultivo.

### DESCOBERTAS E CONCLUSÕES

#### RELEVÂNCIA

O projeto foi altamente relevante na resposta às necessidades da população da Beira. Nessa altura, não havia nenhum projeto semelhante na Província de Sofala, enquanto que na unidade sanitária de Munhava mais de 20% dos doentes com HIV testados foram diagnosticados com AHD.

#### ADEQUAÇÃO

O projeto foi adequado para resolver rapidamente a falta de diagnóstico e gestão do AHD em cenários de emergência e cuidados de saúde primários. Nas fases posteriores do projeto, questões como a futura transferência da gestão de casos para as instalações de saúde pública, o acompanhamento após a alta e a elevada mortalidade remanescente nas urgências do HCB poderiam ter sido melhor abordadas.

## **EFICIÊNCIA**

A nível operacional, os MSF responderam com flexibilidade à evolução das necessidades de recursos humanos e de material médico. Os avaliadores constataram que os projetos fizeram uma boa utilização dos recursos e do pessoal, embora a rotação elevada do pessoal internacional e os obstáculos inesperados de fornecimento durante um ano tenham influenciado a implementação. O projeto recebeu os recursos financeiros identificados como necessários. O projeto não estabeleceu critérios de eficiência nem mediou a relação custo-benefício.

## **EFICÁCIA**

O serviço de gestão do AHD foi estabelecido conforme planeado tanto nas urgências do HCB como em Munhava, e foi prestado apoio a Ponta Gea fora do âmbito original. O acesso para a população em geral foi amplo e as KP parem não ter sido impedidas de aceder ao serviço de AHD. Tanto homens como mulheres utilizaram os serviços de forma igual.

A elevada taxa de mortalidade relacionada com o HIV nas urgências do HCB na linha de base parece ter sido reduzida. Durante o período de avaliação, a mortalidade medida nas urgências do HCB permaneceu estável em 20% dos doentes com AHD. Em Munhava, a mortalidade não foi avaliada e um número significativo de pacientes perda de seguimento (LTFU). Os indicadores verificáveis para testes de diagnóstico de doentes foram melhor alcançados no HCB do que em Munhava.

Não se realizou qualquer estudo de mortalidade. Foram recolhidos dados, mas também foram assinaladas lacunas significativas.

## **CONETIVIDADE**

O projeto foi criado num relativo vazio, sem outras organizações a trabalhar directamente na gestão do AHD. No entanto, durante o período de avaliação, os MSF poderiam ter criado mais ligações com parceiros para trabalhar na aderência, no acompanhamento após a alta ou nos circuitos das instalações.

No final do período de avaliação, o projeto começou a construir competências profissionais individuais de futuros implementadores através da abordagem de mentoria. No entanto, faltava uma estratégia de saída para transferir normas e rotinas para as instituições.

Apoiar o Ministro da Saúde na elaboração de directrizes nacionais em matéria de AHD num país com 1,7 milhões de doentes a tomar Antirretrovirais (ARV) foi uma conquista importante para os MSF OCB e os MSF da Beira, para além do âmbito dos resultados visados.

## LIÇÕES APRENDIDAS

- Uma intervenção dos MSF centrada no AHD pode reduzir a mortalidade nas instalações relacionada com o AHD num período de tempo relativamente curto.
- Ao passo que o estabelecimento de circuitos paralelos nas instalações centrados no AHD e geridos por recursos dos MSF proporciona uma resposta rápida ao AHD, é necessário elaborar um plano sobre como integrar a gestão do AHD nas rotinas existentes nas instalações de saúde numa fase posterior.
- A gestão do AHD precisa de ser apoiada por um fluxo fiável de informação sobre indicadores cruciais. Isto inclui informação laboratorial, informação sobre fornecimentos e informação sobre a mortalidade após a alta. Painéis internos e fichas de monitorização com informações fiáveis e indicadores cruciais tornam as alterações ao longo do tempo visíveis e fornecem uma base para as decisões de gestão.
- As causas principais do AHD, tais como não aderência ao tratamento e a perda de seguimento, devem ser consideradas na concepção da intervenção global, mesmo que acabem por ser abordadas por outros parceiros.
- O controlo das infeções e a gestão dos antibióticos devem ser integrados na concepção da intervenção referente ao AHD nas instalações de saúde desde uma fase inicial.
- A identificação precoce de pacientes com AHD com CD4 nas instalações de saúde primárias contribui para reduzir os custos relacionados com o AHD para o sistema de saúde público, limitando a necessidade de conhecimentos médicos especializados e reduzindo a mortalidade por AHD.
- A experiência clínica e programática dos MSF no AHD pode possibilitar um apoio mais forte a Moçambique e a outros países na implementação das recomendações relativas ao AHD da OMS e das directrizes nacionais do AHD.
- A transferência de rotinas, métodos, circuitos de funcionamento e normas de reforço da capacidade institucional pode ser tão importante como o desenvolvimento de competências individuais.
- Deverá conceber-se um plano de transferência para o futuro implementador, bem como normas de transferência, no início do projeto.
- Mensagens claras, frequentes e consistentes são importantes na argumentação, para uma divulgação em todos os níveis da hierarquia dos intervenientes nacionais. A argumentação junto dos principais parceiros de saúde como o PEPFAR ou a OMS pode desempenhar um papel fundamental no apoio ao trabalho dos MSF.

**Stockholm Evaluation Unit**  
<http://evaluation.msf.org/>  
**Médecins Sans Frontières**

Preparada de forma independente por  
Lenka Tucek e Dra. Karoline Fonck  
(Fevereiro de 2023)