

MONASO

REDE MOÇAMBICANA DE ORGANIZAÇÕES CONTRA O SIDA

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO HIV E SIDA & ACESSO AO TARV EM MOÇAMBIQUE

Relatório produzido para a 1^a Conferência
da Sociedade Civil
sobre o HIV e SIDA em Moçambique

Maputo,
Abril de 2008

FICHA TÉCNICA



Travessa Da Azurara # 11, Bairro Sommerschield

Maputo – Moçambique

Tel/Fax: (+258) 21.485383 Cel: (+258) 826255794

kula.epa@kula.co.mz

EQUIPA DE PESQUISA

CRISTIANO MATSINHE

JOEL SAMO GUDO

CARLOTA LUCAS

HÉLDER NHAMAZE

KÁTIA NGALE

SANSÃO DUMANGANE

HENRIQUETA TOJAIS

CHAGAS LEVENE

GRUPO DE REFERÊNCIA

LUCIANO MACUMBE

RAFAEL SHIKHANI

ÍNDICE

SUMÁRIO EXECUTIVO.....	6
I. INTRODUÇÃO	8
II. METODOLOGIA.....	11
III. PERFIL DO PAÍS E SITUAÇÃO DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE	15
III.1. BREVE PERFIL DO PAÍS	15
III.2. EVOLUÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DO HIV EM MOÇAMBIQUE	16
III.3. IMPACTO DEMOGRÁFICO DO HIV E SIDA.....	18
III.4. IMPACTO DO HIV E SIDA NA SAÚDE	20
IV. RESPOSTA NACIONAL AO HIV E SIDA	20
IV.1. PRINCIPAIS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS NA ÁREA DO HIV E SIDA	20
IV.2. DIREITOS HUMANOS E HIV E SIDA.....	21
IV.2.1. ACTORES ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS	23
IV.2.1.1. PVHS COMO ACTORES NA LUTA DE COMBATE AO HIV E SIDA.....	23
IV.2.2. AS 12 DIRECTIVAS SOBRE O HIV E SIDA E DIREITOS HUMANOS EM PERSPECTIVA	25
IV.2.3. RESPOSTAS AO HIV E SIDA BASEADAS NOS DIREITOS HUMANOS.....	31
IV.2.3.1. HIV E SIDA E DIREITOS HUMANOS NO LOCAL DE TRABALHO EM MOÇAMBIQUE	31
IV.2.4. ACÇÕES NA ÁREA DO HIV E SIDA E DIREITOS HUMANOS	33
V. TARV E CUIDADOS RELACIONADOS AO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE	34
V.1. PROCESSO DE INTRODUÇÃO E EXPANSÃO DO TARV	34
V.2. TIPO E CARACTERÍSTICAS DO TARV DISPONÍVEL	38
V.2.1. LOGÍSTICA COMPLETA DO TARV	39

V.3. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV).....	40
V.4. ATENDIMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE (ATS).....	43
V.5.1. PROPORÇÃO DE PVHS QUE TÊM ACESSO AO TARV.....	49
V.5.2. FALTA DE CLAREZA E DIVULGAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E ACESSO.....	50
V.5.2.1. CRITÉRIOS CLÍNICOS.....	51
V.5.3. ADVOCACIA E MOVIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL PARA O ACESSO AO TARV.....	52
V.5.4. PARCERIA ENTRE O GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL NA ADMINISTRAÇÃO DO TARV.....	56
V.5.5. CONSTRANGIMENTOS PARA O ACESSO E ADESÃO AO TARV, E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	57
V.5.5.1. CONSTRANGIMENTOS INSTITUCIONAIS.....	57
V.5.5.2. CONSTRANGIMENTOS SOCIAIS E ECONÓMICOS.....	58
V.5.5.3.. CONSTRANGIMENTOS DE NATUREZA INDIVIDUAL.....	60
VI. INICIATIVAS DE PREVENÇÃO.....	63
VI. 1. PRINCIPAIS ACTIVIDADES EM CURSO.....	63
VI. 2. ACTORES, MODELOS E COBERTURA DAS INICIATIVAS DE PREVENÇÃO.....	64
A) PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL NA PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO DO HIV E SIDA.....	65
B) COBERTURA DAS ACTIVIDADES DE PREVENÇÃO.....	67
VI. 3. CONSTRANGIMENTOS NA ÁREA DE PREVENÇÃO.....	69
VI. 4. IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO ENTRE A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO.....	71
VII. CONCLUSÕES.....	73
VIII. RECOMENDAÇÕES.....	77
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXO1: DECLARAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE O HIV E SIDA RATIFICADAS POR MOÇAMBIQUE.....	82
ANEXO 2: LISTA DE PESSOAS ENTREVISTADAS.....	84

ABREVIATURAS

AMODEFA	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família
ARV	Antiretroviral
CD	Cuidados Domiciliários
CEP	Centro dos Estudos da População
CHTM	Community Health Media Trust
CNCS	Comissão Nacional de Combate ao SIDA
COV	Criança Órfã e Vulnerável
CPLP	Comunidade de Países de Língua Oficial Portuguesa
CPN	Consulta Pré-natal
DAM	Direcção de Assistência Médica
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DTS	Doença de Transmissão Sexual
ECOSIDA	Associação dos Empresários contra o SIDA
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
GATV	Gabinete de Aconselhamento e Testagem Voluntária
GTM	Grupo Técnico Multisectorial
HAI	Health Alliance International
HDD	Hospital de Dia
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
INE	Instituto Nacional de Estatística
IO	Infecções Oportunistas
ITS	Infecção de Transmissão Sexual
MATRAM	Movimento de Acesso ao Tratamento
MISAU	Ministério de Saúde
MPF	Ministério do Plano e Finanças
MSF	Médicos sem Fronteiras
NPCS	Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA
NVP	Nevirapina
OCB	Organização de Base Comunitária
ODM	Objectivos do Desenvolvimento do Milénio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA
ONU	Organização das Nações Unidas
OUA	Organização da Unidade Africana
PEN	Plano Estratégico Nacional
PES	Plano Económico e Social
PNCS	Plano Nacional de Combate ao SIDA
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical
PVHS	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
SADC	Conferência para o Desenvolvimento da África Austral
SIDA	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral
UEM	Universidade Eduardo Mondlane
UA	União Africana

US

Unidades Sanitárias

SUMÁRIO EXECUTIVO

No contexto de materialização da sua visão e missão, a MONASO idealizou a realização da 1ª Conferência Nacional do HIV e SIDA em Moçambique. Com esta conferência, a organização pretende criar um espaço de discussão sobre a problemática do HIV e SIDA no país e, igualmente, advogar junto do Governo, Parceiros e Sociedade no geral para o melhoramento e universalização do acesso ao tratamento no país. Para consubstanciar o evento, foi solicitado um estudo sobre a situação do HIV e SIDA no país, como forma de sistematizar dados e informações que sirvam de base para debate de questões ligadas ao acesso universal ao tratamento, TARV, Direitos Humanos, Protocolos assinados, papel dos intervenientes e avaliação das actividades realizadas.

O estudo denominado *Análise da Situação do HIV e TARV em Moçambique*, fornece informações sistemáticas sobre o quadro do HIV e SIDA no país, com especial atenção para a componente de tratamento, tendo em conta aspectos relativos à: disponibilidade de serviços, grau de cobertura, critérios de acesso, assim como outros aspectos relativos aos compromissos assumidos, metas cumpridas e eventuais constrangimentos verificados nessa área.

Do ponto de vista metodológico, a análise da situação foi realizada seguindo e focalizando-se numa abordagem qualitativa, que combinou perspectivas sócio antropológicas e biomédicas de modo a abarcar as diferentes dimensões do fenómeno em análise. A recolha de dados recorreu ao uso de entrevistas semi-estruturadas dirigidas a informantes chaves e beneficiários dos serviços, realização de grupos focais de discussão e observação directa estruturada, para além da revisão bibliográfica.

Os resultados da pesquisa realçam que o HIV e SIDA continua sendo um desafio com maiores potencialidades de condicionar o desenvolvimento do país e com perspectivas de vir a limitar os efeitos positivos e sucessos resultantes do processo de pacificação nacional, dos investimentos para o relançamento da economia nacional e da sua actual tendência crescente.

Os mesmos dados elucidam que o sistema nacional de saúde, apesar de estar a registar melhorias acentuadas na provisão dos serviços de tratamento, tem sido fortemente limitado pela crescente quantidade de pessoas que ainda necessitam dos seus serviços, situação que imprime maior pressão na prestação de serviços e limita a sua capacidade de resposta. Estes constrangimentos do sistema agem de forma conjugada com os constrangimentos do lado da demanda e tem efeitos no acesso e universalização do tratamento na perspectiva dos direitos humanos.

Nesta perspectiva a análise revela que a questão do estigma e discriminação das PVHS põe o portador do HIV e SIDA numa posição social relativamente desfavorável, manifestando-se muitas vezes pela negação da sua cidadania, exclusão social e rejeição familiar. Este contexto de discriminação das pessoas em função do seu sero status e violação os direitos humanos ou fundamentais das pessoas seropositivas, contribui para colocar o desafio do acesso ao tratamento, como direito universalmente exercido em Moçambique, na lista das metas nacionais que ainda estão longe de serem alcançadas.

A análise mostra que não obstante o país ter, desde o princípio da epidemia, se engajado na adopção de políticas e estratégias de combate ao HIV e SIDA, com ênfase para uma abordagem multisectorial, que se materializou através da adopção do PEN I em 1999, PEN II e PEN Saúde em 2004, o engajamento de todos os sectores, continua a constituir um desafio para Moçambique. Esta situação está parcialmente relacionada com o baixo nível de coordenação multisectorial observado em instituições com mandato para o efeito; e pelo facto de o cometimento público e explícito geralmente observado na sociedade não se traduzir em eficácia e impacto das acções de resposta à pandemia que são operacionalizadas pelos vários actores.

Relativamente ao tratamento em Moçambique, a análise da situação sobre a terapia antiretroviral mostra que embora tenha sido introduzida por ONGs internacionais, actualmente todo o controlo do tratamento está sob tutela do MISAU, o que mostra que o Estado está gradualmente a apropriar-se do processo. Esta apropriação do processo reflecte investimentos feitos pelo MISAU e seus parceiros na abertura de novos centros de prestação de serviços (HDD), reabilitação de outros, formação de novos profissionais para fazerem o tratamento e prestação de cuidados às PVHS, nos locais onde anteriormente o serviço não chegava.

De forma geral, o acesso ao tratamento é condicionado por três ordens de factores: os relativos aos sistemas e institucional; os relativos à sociedade e os relativos à dimensão individual. Os primeiros dizem respeito às dificuldades de oferta associado às barreiras como distâncias e falta de quadros no sector de saúde em número suficiente para responder a demanda que este serviço tem observado. Os factores sociais referem-se essencialmente as condições de vida – pobreza – na qual está inserida a maioria dos beneficiários destes serviços o que condiciona a capacidade de continuar a tomar os medicamentos, bem como elementos ligados ao problema derivado do estigma e discriminação das PVHS, que faz com que as pessoas prefiram não procurar pelo tratamento por terem receio de serem estigmatizadas e discriminadas na sociedade. Os factores individuais referem-se a um conjunto de elementos colaterais como o efeito dos medicamentos e a auto estigmatização.

A análise fornece informação sistematizada que permite à MONASO e seus parceiros informar e redimensionar as suas acções programáticas e operacionais na resposta ao HIV e SIDA. Como principais recomendações o estudo propõe o desenvolvimento contínuo de competências das instituições da sociedade civil, para o entendimento e uso dos dados relativos as prevalências do HIV, impacto demográfico do SIDA e número de pessoas que precisam ou estão em TARV; engajamento dos mesmos actores em programas de promoção de acesso aos serviços de TARV

com ênfase para a questão da adesão e permanência dos beneficiários nestes serviços, observando critérios de qualidade; a intensificar iniciativas de promoção de direitos humanos, de combate ao estigma e discriminação e ao redimensionamento das acções de prevenção, combinando com tratamento, desconcentração dos centros urbanos e extensão à periferia.

I. INTRODUÇÃO

A MONASO – Rede Moçambicana de Organizações contra o SIDA – uma Organização não Governamental de coordenação das acções da sociedade civil na luta contra o HIV e SIDA, no âmbito da preparação da 1ª Conferência Nacional de HIV e SIDA realizou esta análise da situação do HIV e SIDA e TARV com vista a fornecer subsídios que sirvam de base para debate de questões ligadas ao acesso universal ao tratamento, TARV, defesa dos Direitos Humanos, e observância dos Protocolos assinados pelo país nestas áreas.

A realização da conferência surge do reconhecimento de que o SIDA constitui uma das principais ameaças para o desenvolvimento social e económico do país e uma das principais causas de morte em Moçambique, essencialmente para o grupo populacional na faixa dos 15-49 anos de idade, população considerada sexual e economicamente activa.

Dados da última ronda de Vigilância Epidemiológica realizada em 2007, indicam que a taxa de seroprevalência nacional é de 16%. A prevalência nacional revela uma tendência à estabilização da epidemia uma vez que esta foi estimada em 16.2% em 2004. No entanto a nível regional, a região norte, sofreu uma ligeira redução das prevalências de 9.3 para 9% de 2004 para 2007, a região centro reduziu de 20.4 para 18% e a região sul registou um aumento de 18.1 para 21%. A nível provincial, as 4 províncias da região sul registaram crescimento nas prevalências, a província de Gaza continuando a manter as taxas mais elevadas da região, passando, actualmente, de acordo com os novos dados divulgados, a ser a província com maior taxa de prevalência do país em substituição de Sofala, que o era de acordo com as taxas da ronda de vigilância epidemiológica de 2004. A região centro registou uma ligeira redução com a excepção da província da Zambézia que registou um ligeiro crescimento de 18.4 para 19%. A nível da região norte, as taxas de prevalências provinciais de HIV decresceram ligeiramente, com a excepção de Cabo Delgado onde se registou um ligeiro crescimento de 8.6 para 10% (tabela 1).

A realização da 1ª Conferência Nacional da Sociedade Civil sobre o HIV e SIDA representa mais um esforço da organização que procura garantir que se desenvolva uma resposta efectiva contra o HIV e SIDA em Moçambique. Neste sentido, o evento é um complemento às acções da MONASO de apoiar e conduzir a resposta da sociedade civil em termos de educação para prevenção, cuidados ou atendimento, redução das taxas de infecção, prevalência do HIV e SIDA e alívio do sofrimento de pessoas infectadas e afectadas pelo vírus, ao mesmo tempo que se possa investir na melhoria da qualidade da sua vida.

O Governo de Moçambique em resposta à problemática do HIV e SIDA no país criou o Programa Nacional de Combate ao SIDA (PNCS) no Ministério da Saúde em 1988 no qual a MONASO desempenhou um papel preponderante no desenho do Plano Estratégico Nacional (PEN) 2000-2003. Em 2000 foi criado, pelo governo, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), órgão coordenador da resposta multisectorial (Estado/Governo, Empresariado/Privados e Sociedade Civil) no combate ao HIV e SIDA, no qual a MONASO foi indicada representante da sociedade civil no CNCS, papel que desempenha coordenando as acções da sociedade civil e prestando assistência às ONGs de luta contra o SIDA.

Foi neste contexto de necessidade de continuar a materializar a sua visão e missão que a MONASO idealizou a realização desta Conferência Nacional de HIV e SIDA. Com ela, a organização pretende criar um espaço de discussão sobre a problemática do HIV e SIDA no país e igualmente advogar junto do Governo, Parceiros e Sociedade no geral para o melhoramento e universalização do acesso e serviços tratamento no país.

O estudo, cujos resultados se apresentam neste relatório, é um Diagnóstico sobre a Situação do HIV e SIDA e TARV em Moçambique. Para a realização do estudo procedeu-se ao levantamento da situação da epidemia, mais concretamente, analisando a disponibilidade dos serviços de prevenção, tratamento e cuidados relacionados com o HIV e SIDA em Moçambique, e os principais constrangimentos que concorrem para limitar um acesso a esses serviços.

De forma sucinta, a análise da situação fornece informações sistemáticas sobre o quadro do HIV e SIDA no país, com especial atenção para a componente de tratamento, tendo em conta aspectos relativos à: disponibilidade de serviços, grau de cobertura, critérios de acesso, assim como outros aspectos relativos aos compromissos assumidos, metas cumpridas e eventuais constrangimentos verificados nessa área. Os resultados deste estudo, para além de informar a conferência existe a expectativa que sirva de base para orientação e programática das intervenções da organização e outros actores da sociedade civil que intervêm na área do HIV e SIDA.

O presente relatório está estruturado em oito capítulos temáticos. A primeira parte apresenta a metodologia adoptada no processo de realização de estudo, onde se evidencia que o estudo centrou-se numa abordagem qualitativa, combinando perspectivas sócio-antropológicas e biomédicas tendo em conta o carácter multifacetado do fenómeno em análise.

Na segunda parte é apresentado o perfil e a situação do HIV e SIDA em Moçambique, no que concerne a magnitude da prevalência da pandemia, as tendências evolutivas das mesmas tendo em conta os contextos regionais e breve análise do impacto demográfico da mesma bem como os seus efeitos no sector da saúde. Esta parte é seguida pela descrição da resposta nacional para fazer face a pandemia focalizando-se nas políticas, estratégias, principais actores e uma abordagem na perspectiva dos direitos humanos, que está subjacente a dinâmica do acesso e universalização do tratamento. Os dados de ambas partes revelam que as tendências de infecção

são preocupantes, e que o acesso ao tratamento está ainda longe de constituir um direito universalmente exercido.

A quarta parte constitui a análise da situação propriamente dita em relação ao TARV e cuidados relacionados com o HIV e SIDA em Moçambique. Nesta, faz-se uma incursão na dinâmica da introdução e expansão do TARV, PTV, ATSS e cuidados relacionados com o HIV e SIDA em Moçambique e abordam-se questões relativas a sua cobertura, disponibilidade, abrangência e factores que condicionam o seu acesso. Os dados revelam que a situação actual é fruto da confluência de factores diversificados, nomeadamente, de carácter institucional e sócio cultural, a maioria são a expressão de elementos de carácter estrutural que afectam a dinâmica do acesso aos serviços de saúde em Moçambique.

Na sexta parte o estudo faz uma análise da componente de prevenção e mostra que embora tenham sido incluídos novos pilares de resposta no âmbito do novo plano estratégico, esta é e continua sendo o paradigma hegemónico das intervenções no combate ao HIV e SIDA; e coloca como desafio imediato a sua combinação holística com a componente de tratamento.

Na sétima e oitava partes, o estudo apresenta as principais ilações retiradas do estudo e apresenta recomendações que informem as áreas programáticas e operacionais da resposta da sociedade civil com vista a fazer face às lacunas que a pesquisa identifica e documenta. No geral, as recomendações postulam a necessidade de redimensionar algumas componentes estratégicas revistas e constantes no PEN II bem como a execução de partes dessa estratégia que ainda não foram priorizadas em termos operacionais pelos diferentes intervenientes na dinâmica da resposta ao HIV e SIDA.

II. METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido com recurso a uma metodologia centrada na abordagem qualitativa. No entanto, a abordagem qualitativa privilegiada para este estudo incluiu uma componente quantitativa, que consistiu na recolha e sistematização de informação quantitativa já disponível, e que tenha um valor elucidativo sobre os aspectos relativos à situação do HIV e SIDA em Moçambique e disponibilidade de serviços de TARV.

As técnicas usadas na recolha de dados para este estudo foram:

a) ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

As entrevistas constituíram a principal técnica de recolha de dados para esta pesquisa e permitiram obter informações através de uma interacção directa com os actores envolvidos nas múltiplas intervenções na área do HIV e SIDA.

Esta técnica foi usada através da administração de um guião de entrevistas, previamente elaborado tendo em conta as diferentes categorias de actores e instituições envolvidas na resposta nacional ao HIV e SIDA, nas suas múltiplas facetas. A aplicação de guiões de entrevista, por entrevistadores qualificados e treinados, permitiu o aprofundamento das questões previamente concebidas, ao mesmo tempo que deixava margens para a introdução e desenvolvimento de novas questões decorrentes do processo de entrevista com cada um dos entrevistados.

b) DISCUSSÕES EM GRUPO

As discussões em grupos focais foram realizadas com grupos de 6 a 10 pessoas, orientadas por um facilitador que lançava os tópicos e os participantes desenvolviam livre e espontaneamente tais tópicos de acordo com as suas percepções e experiências.

Esta técnica de recolha de dados constitui um valioso instrumento qualitativo para se aferir as percepções colectivas que uma determinada categoria de pessoas tem, sobre um tópico específico. No caso deste estudo, esta técnica permitiu recolher dados sobre os consensos e divergências em torno de questões relativas às percepções sobre a eficácia e impacto dos programas de HIV e SIDA e os problemas e aspectos que intervêm na componente de tratamento, bem como os principais constrangimentos para o acesso aos serviços de saúde, sob o ponto de vista dos beneficiários, provedores do serviço e sociedade civil.

c) OBSERVAÇÃO DIRECTA ESTRUTURADA

Com esta técnica pretendeu-se recolher dados através da inserção do pesquisador na comunidade e na sua interacção social com a população que constitui o seu universo de pesquisa. Esta técnica é capital porque através dela fez-se o registo de informação que as outras técnicas não poderiam colher. Este procedimento metodológico foi complementado pelo estabelecimento de contactos de carácter informal e espontâneo com diferentes categorias de sujeitos. A observação estruturada, partindo de uma lista pré-indicativa de aspectos a observar, também funcionou como uma técnica de controlo de qualidade e verificação da fiabilidade da informação recolhida pelas outras técnicas.

d) ÁREA DE COBERTURA DA AVALIAÇÃO

O Estudo foi conduzido num período aproximado de três semanas nas capitais provinciais das províncias de Cabo Delgado e Nampula no Norte, Zambézia e Sofala no Centro e Maputo e Gaza no Sul do país. À excepção de Maputo, em cada província abrangida pelo estudo, a recolha de dados durou um período aproximado de 1 semana, tendo sido visitada, pelo menos, uma Unidade Sanitária de referência a nível provincial que oferece cuidados de HIV e SIDA.



Figura 1- Ilustra províncias, pintadas a cor creme, que foram abrangidas pelo estudo.

Em média, foram realizadas cerca de 15 entrevistas individuais profundas e 3 sessões de discussões em grupos focais, por província, o que representa um total de **102 entrevistas individuais** e **18 sessões de discussão em grupos focais**.¹

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DA AMOSTRA POR PROVÍNCIA

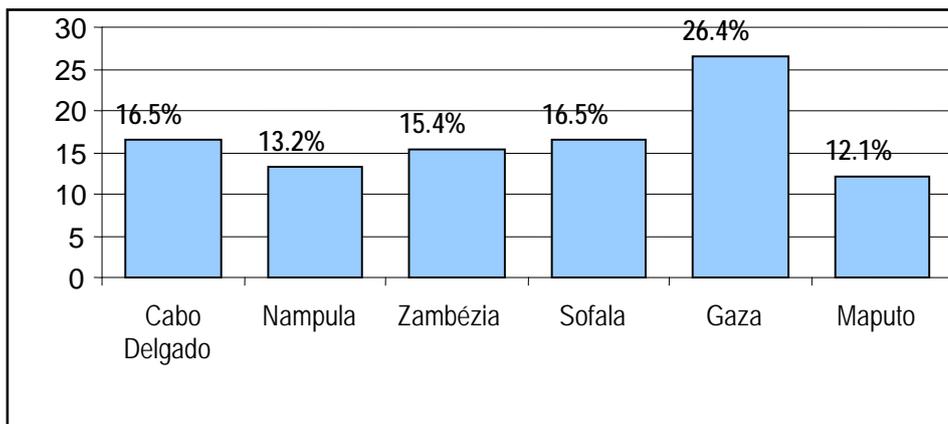


Figura 2- Distribuição percentual da amostra por província abrangida pelo estudo.

A província de Gaza, foi a que apresentou a amostra mais representativa, onde foram realizadas cerca de 24 entrevistas individuais, o que lhe confere 24.6% do total da amostra, enquanto que a província de Maputo foi menos representativa pois foram realizadas cerca de 11 entrevistas individuais, o que corresponde a 12.1% do total dos entrevistados. Todavia, a maior parte das referências documentais e escritas foram recolhidas na província e cidade de Maputo.

e) GRUPOS ALVOS E ABRANGIDOS PELO ESTUDO

As entrevistas e discussões em grupos focais realizadas abrangeram, primariamente, as seguintes categorias de actores:

- Responsáveis provinciais do sector da saúde;
- Representantes de ONGs com intervenções na área do HIV e SIDA;
- Líderes de associações locais e/ou organizações de base;

¹ Das entrevistas inicialmente previstas cerca de 10 não foram realizadas devido a vários constrangimentos relacionados com a disponibilidade dos potenciais entrevistados. As entrevistas não realizadas não representaram nenhum prejuízo para o entendimento dos aspectos que a pesquisa pretendia elucidar.

- ➔ Membros de Núcleos Provinciais de Combate ao HIV e SIDA;
- ➔ Responsáveis e activistas de programas específicos;
- ➔ Lideranças e/ou notáveis locais;
- ➔ Utentes e/ou Beneficiários de programas específicos de HIV e SIDA;
- ➔ Outros actores considerados relevantes na operacionalização do estudo.

f) REVISÃO DA LITERATURA

Através deste procedimento, foi possível enriquecer a pesquisa com base na informação produzida por outros estudos da mesma natureza, com o mesmo objecto de estudo ou que apenas fazem referência ao assunto em estudo.

A revisão da literatura permitiu obter informação prévia sobre o assunto em estudo, evitando-se com isso uma sobreposição de esforços e duplicação do trabalho de investigação ou levantamento de dados. Em termos concretos, para este estudo, houve necessidade de se identificar, todo material sobre a situação do HIV e SIDA em Moçambique, Políticas e Estratégias desta área, os compromissos assumidos por Moçambique na área do HIV e SIDA e acesso aos serviços de saúde em Moçambique. Sempre que possível, foram recolhidos dados secundários relativos às instituições activas na área do HIV e SIDA, programas e projectos implementados, relatórios de progresso, balanços de actividades na área do HIV e SIDA, junto as Delegações da MONASO, CNCS e seus núcleos provinciais e outras instituições.

g) ANÁLISE DOS DADOS

Como já fora referido, para a elaboração deste documento, privilegiou-se a abordagem qualitativa, para a qual, o processo de tratamento de dados recolhidos foi caracterizada pela análise das informações adquiridas por meio dos guiões de entrevistas individuais e colectivas e da observação directa estruturada, estes instrumentos permitiram recolher informação relativa às percepções quer individuais como colectivas, complementadas pelas percepções do pesquisador em relação aos assuntos em estudo e a confrontação dos dados fornecidos pelos entrevistados com a realidade no terreno.

Os dados são, predominantemente descritivos e foram analisados tendo em conta as respostas dadas com maior frequência para cada pergunta, no entanto, as respostas menos frequentes não foram postas de lado, uma vez que são importantes porque também correspondem aos pontos de vista e sensibilidades dos entrevistados, tendo bastado, para estes casos, deixar clara a frequência com que foram dadas as respostas ou apresentados os diferentes pontos de vista.

Como resultado da revisão de literatura e das entrevistas com alguns informantes oficiais chaves, foi possível ter informação estatística que permitiu fazer análise e descrição de dados quantitativos no documento para fundamentar parte da informação analisada na componente qualitativa, foi o caso, por exemplo, dos dados sobre as pessoas infectadas pelo HIV e os números de pessoas com SIDA que são elegíveis para receber o tratamento e destas quantas é que têm acesso. Com os resultados obtidos foi possível fundamentar algumas opiniões dos entrevistados segundo as quais, o acesso ao TARV em Moçambique é muito baixo, o que leva a crer que persiste a necessidade de expandir esses serviços para os distritos e localidades.

III. PERFIL DO PAÍS E SITUAÇÃO DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

III.1. BREVE PERFIL DO PAÍS

Desde a assinatura dos Acordos de Paz em 1992, Moçambique tem sido visto como um país de sucesso em África em termos de reconstrução pós-guerra e recuperação da economia. O país teve a terceira ronda de eleições legislativas e presidenciais em Dezembro 2004, como parte do processo da consolidação do compromisso nacional com a estabilidade política, governação democrática e reconciliação nacional. Neste mesmo período, o Governo engajou-se numa ambiciosa agenda de reforma económica, social e política, com resultados palpáveis no processo de estabilização macroeconómica.

Todavia, apesar dos progressos alcançados até ao momento, Moçambique ainda é considerado um dos países mais pobres do mundo, classificado, em termos de desenvolvimento humano, em 168 lugar num total de 177 países (UNDP, 2005).

Mais da metade da população sustenta-se na base de uma economia informal, centrada na agricultura de subsistência e no comércio informal. Estimativas do Governo indicam que as desigualdades aumentam, o coeficiente Gini aumentou de 0.44 em 1997 para 0.52 em 2003, o nível de consumo das pessoas pobres aumentou muito pouco em termos percentuais, relativamente ao das pessoas mais ricas.

Apesar do aumento do acesso à água para o consumo nos últimos 10 anos, 67% da população urbana e 26% da população rural não tem acesso à água potável.

O Relatório do Progresso dos Objectivos do Desenvolvimento do Milénio de 2005 para Moçambique indicou que dos 18 objectivos de desenvolvimento do milénio apenas 5 tem potencial para serem atingidos até 2015. As metas potencialmente atingíveis são relativas à redução da pobreza, mortalidade infanto-juvenil, mortalidade materna, malária e o estabelecimento de um sistema financeiro e mercado aberto (UNDP, 2005).

III.2. EVOLUÇÃO DAS PREVALÊNCIAS DO HIV EM MOÇAMBIQUE

Moçambique é um dos 10 países mais afectados pelo HIV e SIDA no mundo. O sistema de recolha de dados sobre o HIV, em Moçambique, registou uma evolução significativa entre 1988 e 2007 (última ronda de vigilância epidemiológica). A prevalência nacional revela uma tendência à estabilização da epidemia uma vez que esta foi estimada em 16.2% em 2004. No entanto a nível regional, a região norte, sofreu uma ligeira redução das prevalências de 9.3 para 9% de 2004 para 2007, a região centro reduziu de 20.4 para 18% e a região sul registou um aumento de 18.1 para 21%. A nível provincial, as 4 províncias da região sul registaram crescimento nas prevalências, a província de Gaza continuando a manter as taxas mais elevadas da região, passando, actualmente, de acordo com os novos dados divulgados, a ser a província com maior taxa de prevalência do país em substituição de Sofala, que o era de acordo com as taxas da ronda de vigilância epidemiológica de 2004. A região centro registou uma ligeira redução com a excepção da província da Zambézia que registou um ligeiro crescimento de 18.4 para 19%. A nível da região norte, as taxas de prevalências provinciais de HIV decresceram ligeiramente, com a excepção de Cabo Delgado onde se registou um ligeiro crescimento de 8.6 para 10% (tabela 1).

A evolução da epidemia demonstra diferenças regionais a nível nacional com um avanço marcadamente destacado na região centro. A região norte, actualmente, apresenta prevalências similares às da região sul de há 10 anos atrás, provavelmente por influência dentre vários factores do nível de desenvolvimento e de circulação de pessoas.

Tabela 1: TAXAS DE PREVALÊNCIA DE HIV POR PROVÍNCIA, REGIÃO E NACIONAL DE 2000 A 2007

Província	Ronda 2000	Ronda 2001	Ronda 2002	Ronda 2004	Ronda 2007
Maputo Cidade	13.5%	15.5%	17.3%	20.7%	23%
Maputo Província	14.4%	14.9%	17.4%	20.7%	26%
Gaza	12.6%	19.4%	16.4%	19.9%	27%
Inhambane	7.8%	7.9%	8.6%	11.7%	12%
Zona Sul	12.0%	14.4%	14.8%	18.1%	21%
Sofala	20.6%	18.7%	26.5%	26.5%	23%
Manica	17.3%	18.8%	19.0%	19.7%	16%
Tete	16.3%	16.7%	14.2%	16.6%	13%
Zambézia	10.0%	15.4%	12.5%	18.4%	19%
Zona Centro	14.4%	16.8%	16.7%	20.4%	18%

Niassa	6.2%	5.9%	11.1%	11.1%	8%
Nampula	4.8%	7.9%	8.1%	9.2%	8%
Cabo Delgado	7.5%	5.0%	7.5%	8.6%	10%
Zona Norte	5.7%	6.8%	8.4%	9.3%	9%
<i>Nacional</i>	<i>11.0%</i>	<i>12.7%</i>	<i>13.6%</i>	<i>16.2%</i>	<i>16%</i>

Fonte: MISAU, 2007

Em termos globais, estimava-se que em 2004, 16.2% da população com idade compreendida entre os 15 e 49 anos, o que representa 1.6 milhões de Moçambicanos, viviam com o HIV e SIDA. As províncias da região centro do país, atravessadas pelo corredor comercial da Beira que liga esta região à Zâmbia, Zimbabué e Malawi, eram as mais afectadas com prevalências rondando à volta dos 20% (MISAU, 2005).

Em Moçambique, a distribuição da prevalência do HIV e SIDA por sexo e idade indica uma elevada taxa de infecção precoce em raparigas e mulheres (15-29 anos) assim como taxas elevadas em homens com idade superior a 30 anos. Esta situação reflecte uma estrutura social na qual a actividade sexual ocorre entre raparigas muito jovens e homens mais velhos com poder económico e social (CNCS, 2004).

A situação actual é caracterizada por uma tendência de a epidemia parecer estar a atingir o seu pico e a estabilizar nas regiões centro e norte do país, na região sul as estimativas indicam que a prevalência do HIV continua a aumentar, não há indicações de que haja diminuição da prevalência em qualquer região do país. Este método de vigilância não permite estimar com grande precisão a prevalência de HIV a nível provincial, as estimativas provinciais apresentam limites de plausibilidade relativamente largos e devem ser tratadas com a devida cautela. (Grupo Técnico Multisectorial de Apoio a Luta contra o HIV e SIDA em Moçambique, 2007)

Com o apoio do relatório anual do SE-CNCS (2006), que agrupava as províncias do país de acordo com as taxas de prevalências que se observavam e com a sua respectiva evolução, foi possível, com base nos dados da Ronda de 2007, agrupar as províncias de acordo com três grandes perfis a saber:

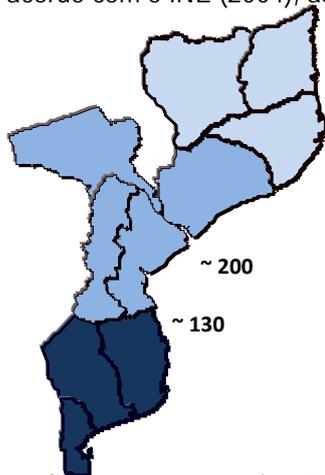
- **Perfil 1:** das províncias de Maputo, Gaza e Cidade de Maputo que mostram taxas de prevalências em crescimento num ritmo relativamente acelerado, com taxas acrescidas em mais de 2%, havendo um caso de um aumento de 7.1% na província de Gaza.
- **Perfil 2:** das províncias de Inhambane, Zambézia e Cabo Delgado que também mostram taxas de prevalências crescentes, mas estas crescem num ritmo, relativamente, menor em relação às do perfil anterior, sendo o maior crescimento registado de 1.4% em Cabo Delgado, estando as restantes duas com crescimentos inferiores a 1%.

- **Perfil 3:** das províncias de Sofala, Manica, Tete, Niassa e Nampula que mostram taxas de prevalências com uma tendência decrescente em ritmos diferentes, havendo descidas acentuadas nas províncias de Sofala, Manica, Niassa e Tete, com pelo menos 3% de redução, e uma descida relativamente fraca em Nampula com um decréscimo de 1.2%.

III.3. IMPACTO DEMOGRÁFICO DO HIV E SIDA

Em Moçambique, tal como nos outros países do continente africano, as consequências da epidemia do HIV já se tem vindo a sentir. Esta calamidade afecta todo o processo de desenvolvimento, na medida em que atinge, fundamentalmente, a população sexualmente activa, que representa a estrutura de suporte produtivo dos países.

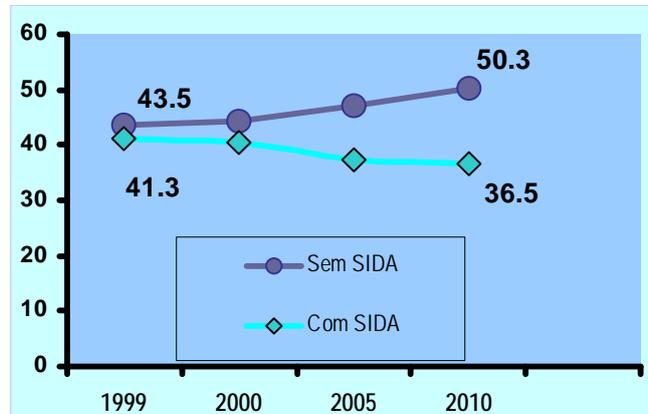
De acordo com o INE (2004), as projecções indicavam que até finais de 2006:



- Ocorreram diariamente mais de 500 novas infecções, facto que fez com que até ao final do ano, houvesse mais de 1.600.000 pessoas vivendo com o HIV e SIDA, das quais mais de 98 mil eram crianças menores de 15 anos, 645 mil eram homens e 911 mil eram mulheres;
- Tenham ocorrido mais de 135 mil novos casos de SIDA;
- Aproximadamente 100.000 pessoas com mais de 15 anos morreram de SIDA e até ao final de 2010 irão morrer aproximadamente 140.000 pessoas.

Segundo as mesmas projecções o número de novos casos de SIDA poderá atingir mais de 170 mil em 2010, caso não haja nenhuma intervenção imediata e eficaz, prevendo-se a morte acumulada de mais de 1 milhão de pessoas até ao final de 2010. Os óbitos causados pelo SIDA poderão, até 2010, dar origem a 626 mil órfãos maternos e/ou paternos de 0-17 anos de idade. as mesmas projecções também indicam que em 2010, a esperança média de vida no país, baixará de 50,3 anos para 36,5 anos, ou seja, diminuirá aproximadamente 14 anos, em decorrência do HIV e SIDA.

Esperança de vida, 1999-2010



Comissos Assumidos por Moçambique

Moçambique é subscritor de alguns comissos assumidos pelos líderes mundiais em várias sessões de tais como:

- Declaração de Abuja e o Plano de Acção para HIV e SIDA, Tuberculose e Outras doenças infecciosas relacionadas de Abril de 2001;
- Declaração de Maputo em Malária, HIV e SIDA, Tuberculose e Outras doenças infecciosas relacionadas, em Julho de 2003;
- Estratégia de Saúde da União Africana/NEPAD de 2003;
- Decisão N° 55 da IVª Sessão Ordinária da Assembleia da União Africana, no seu Relatório Interino sobre HIV e SIDA, Tuberculose e Pólio, de Abuja em Janeiro de 2005.
- Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, estabelecidos na Conferência do Milénio das Nações Unidas em Setembro de 2000 pelos líderes mundiais.

De acordo com o PEN 2005-2009, estimativas indicam que em 2007, a incidência do HIV em adultos para o ano de 2007 é de 2,400 novas infecções por 100 mil habitantes, e 30% de casos de morte são devidos ao SIDA. E ainda em 2007, o SIDA vai originar cerca de 400,000 órfãos.

O SIDA tornou-se uma das principais causas de morte em Moçambique. Em apenas cinco anos, de 1999 a 2003, estima-se que mais de 300 mil pessoas tenham morrido em decorrência do SIDA. Nos Próximos 7 anos, o número de óbitos devido ao SIDA poderá triplicar, caso não sejam implementadas intervenções eficazes (INE, 2004).

Segundo a literatura disponível sobre o HIV e SIDA, esta epidemia constitui uma das principais ameaças para o combate da pobreza e de um modo geral, para o desenvolvimento social e económico, pois o grupo populacional mais afectado encontra-se na faixa dos 15-49 anos de idade, população considerada sexual e economicamente activa. Dada as suas características, a maior parte desta encontra-se empregada ou desenvolvendo alguma actividade produtiva.

III.4. IMPACTO DO HIV E SIDA NA SAÚDE

Segundo o PEN ITS/HIV e SIDA-Sector Saúde 2004-2008, em 2004, os mais de 100.000 novos doentes anuais de SIDA iriam gerar cerca de um milhão e meio de consultas externas e cerca de 3 milhões de dias de internamento, mais do que o dobro do volume desta actividade, para aquele ano. A mesma fonte estima que cerca de 15% dos trabalhadores do sector – ou 1.500 profissionais de saúde – venham a morrer de SIDA durante a década, reduzindo a capacidade de reacção perante os desafios da epidemia, aumentando as limitações estruturais da rede. E por fim, alerta que a oferta de cuidados médicos paliativos aos doentes de SIDA pode representar encargos financeiros estimados em dezenas de milhões de dólares americanos. O TARV para um número significativo de doentes elegíveis pode praticamente duplicar a despesa pública com a saúde.

IV. RESPOSTA NACIONAL AO HIV E SIDA

IV.1. PRINCIPAIS POLÍTICAS E ESTRATÉGIAS NA ÁREA DO HIV E SIDA

Em 1999, sob liderança do Ministério da Saúde, a sociedade civil elaborou o primeiro documento estratégico para o combate ao SIDA com uma dimensão multissetorial, o Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV e SIDA 2000-2002 (PEN I). A aprovação do PEN I pelo Conselho de Ministros levou à criação do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), com o objectivo de coordenar a implementação da estratégia nacional de combate ao HIV e SIDA. O CNCS é presidido pela Primeira Ministra e integra os ministros dos sectores da Saúde (Vice-Presidente), das Relações Exteriores e Cooperação, da Educação, do Plano e Finanças, da Juventude e Desportos e o da Mulher e Acção Social. Em 2004 foi elaborado o actual Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS, HIV e SIDA 2005-2009 (PEN II).

Após a elaboração do PEN I, o sector da Saúde assim como vários sectores iniciaram a formulação dos seus planos estratégicos, no âmbito do processo de operacionalização do PEN I. Cabia então ao sector da saúde a responsabilidade e garantia da bio-segurança nas suas actividades, o diagnóstico e tratamento das infecções de transmissão sexual, diagnóstico e tratamento das infecções oportunistas incluindo a tuberculose, vigilância epidemiológica e monitorização da resposta nacional. Durante o período de vigência do PEN I, o tratamento

antiretroviral não foi considerado uma opção, quer pelo seu custo elevado, quer pelas dificuldades técnicas inerentes à sua implementação no contexto duma rede sanitária com graves carências.

A necessidade de actualização do PEN Saúde acentuou-se com a publicação das projecções de impacto demográfico do HIV e SIDA, que apresentava um aumento rápido da prevalência, modelando efeitos dramáticos a médio prazo. Por outro lado, o sector da saúde começou a sofrer o impacto de várias formas, desde a afecção dos seus trabalhadores até o aumento da procura de serviços paliativos. Desde a produção do primeiro PEN Saúde até então já haviam se registado inovações substanciais no tocante às possibilidades de intervenção; a redução dos preços do TARV, e o aparecimento de iniciativas que disponibilizam financiamento para esta intervenção tornaram, pela primeira vez, o tratamento dos doentes com SIDA, uma opção possível em larga escala. Nesta perspectiva foi desenvolvido o Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV e SIDA 2004-2008 do Sector Saúde.

O Diploma Ministerial nº 01/PLS/GM/2001, de 17 de Dezembro de 2001, que introduz o Tratamento Anti-retroviral (TARV) e normaliza o atendimento de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (PVHS) veio criar condições para que o TARV tivesse enquadramento legal dentro PEN ITS/HIV e SIDA-Sector Saúde 2004-2008.

A redução da pobreza absoluta é prioridade do governo, reflectida nos documentos das políticas e estratégias do governo. Como parte do processo de formulação dos documentos para redução da pobreza absoluta (PRSP), Moçambique desenvolveu o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta (PARPA) que cobriu o período de 2000 a 2004. O segundo plano finalizado em Maio de 2006, cobre o período 2006 a 2009 (PARPA II). A prioridade conferida à redução da pobreza encontra-se também reflectida no Plano Quinquenal do Governo para 2005-2009. O PARPA e o Plano Quinquenal do Governo são os principais documentos do Governo onde se encontram estabelecidas as prioridades para o combate ao HIV e SIDA. As prioridades de combate estabelecidas no PEN II, assim como no PEN ITS/HIV e SIDA-Sector Saúde 2004-2008, reflectem o estabelecido no PARPA e o Plano Quinquenal do Governo.

Par e passo com o desenvolvimento das grandes políticas e estratégias nacionais de combate ao HIV e SIDA, as instituições da sociedade civil, vem crescendo em número, tamanho e capacidades tendo se tornado em importantes interlocutores do governo e da comunidade internacional, sobretudo no processo de implementação de actividades ao nível da comunidade.

IV.2. DIREITOS HUMANOS E HIV E SIDA

Ao longo de séculos, as sociedades desenvolveram um conceito de direitos tão fundamentais que nenhum governo poderá retirá-los – os Direitos Humanos. Vários documentos internacionais tentam definir esses direitos, entre eles a "Declaração Universal dos Direitos do Homem" de 10 de Dezembro de 1948 e a "Carta Africana dos Direitos do Homem e dos Povos" de Junho de 1981.

Moçambique não foge a regra, a constituição, denominada "lei mãe", criada em 1990, estabelece as regras básicas e fundamentais à luz das quais deve ser governado o país. Estes conceitos, estabelecem a todos os moçambicanos, o direito a liberdade de expressão, participação, religião, a integridade física, a fixação de residência, a circulação e outros.²

Em Moçambique, apesar da existência da Constituição da República, instrumento através do qual garante-se o direito à saúde e a justiça social aos seus cidadãos, o Estado não tem assumido o seu papel activo nesta área pelo facto de as leis não serem divulgadas aos diferentes sectores da sociedade civil e também porque a pobreza tem trazido situações desoladoras relacionadas aos direitos humanos (aumento de crianças na prostituição, propagação do HIV e SIDA, grandes diferenças de status sociais, etc.), e elevado índice de analfabetismo e ignorância.

O surgimento do HIV e SIDA despertou medo e intensificou preconceitos pré-existentes na sociedade e no mundo. As primeiras vítimas foram os homossexuais, posteriormente, com a propagação da doença, prostitutas, usuários de drogas, moradores de rua ou qualquer pessoa que adoptasse um comportamento considerado inadequado pelos modelos predominantes na sociedade passaram a ser também apontados como potenciais portadores.³

Além da associação com a promiscuidade, o HIV e SIDA, desde o seu surgimento esteve sempre associado à morte e à fatalidade. Através dessas associações, o portador do HIV e SIDA tem a sua cidadania negada, é excluído socialmente e renegado pelas pessoas, até pela sua própria família. Neste contexto de discriminação do seropositivo, várias vezes têm sido violados os direitos humanos ou fundamentais das pessoas..

A discriminação tem consequência para/na pandemia do HIV e SIDA, com implicações na emergência de obstáculos aos programas de prevenção e controle da doença. Um elevado número de pessoas, devido à discriminação e à estigmatização decorrente do HIV e SIDA, têm medo de procurar ajuda e acabam por se afastar dos programas sociais criados para esse fim, preferindo ficar com a dúvida e ignorar o fato de poder ter o vírus a ter que enfrentar o estigma e os preconceitos relacionados com a doença. Esta situação é frequente nas áreas cobertas por este estudo, conforme pode-se constatar nos depoimentos dos entrevistados expostos neste relatório no capítulo referente aos constrangimentos sociais para a adesão ao tratamento.

As violações dos direitos humanos, praticadas contra as PVHS, ocorrem principalmente contra aqueles que possuem menos condições de reivindicar e proteger os seus direitos. Essas pessoas tornaram-se o alvo de medidas restritivas e compulsórias de controle do HIV e SIDA, gerando uma urgente necessidade de associar o HIV e SIDA a um amplo trabalho sobre direitos humanos. À semelhança do parágrafo anterior, este é igualmente composto por situações apresentadas pelos entrevistados que afirmaram que muitas das vezes essa violação tem sido feita por uma entidade superior em relação aos seus subordinados no local de trabalho.⁴

² http://www.amoproc.org.mz/objectivos_sub.htm#top

³ www.arasa.info

⁴ www.arasa.info

Além do problema da discriminação para a saúde pública, o ser humano e sua dignidade são intensivamente afectados. Ao contrair o vírus, a morte é associada ao portador, de modo que a sua cidadania começa a desaparecer. Casos como, demissão no emprego, proibição de frequentar determinados lugares, desprezo, omissão no atendimento médico, abandono da família e amigos são as principais consequências que atingem a pessoa que contrai o vírus do HIV. Com uma resposta nacional atenta à questão dos direitos humanos, todas essas atrocidades podem ser combatidas e evitadas.

IV.2.1. ACTORES ENVOLVIDOS NA PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS HUMANOS

Embora os direitos humanos sejam de carácter de cumprimento universal, existem actores directamente envolvidos no processo de luta em sua defesa. As entidades governamentais jurídicas e sanitárias devem ser as pioneiras no movimento da luta em defesa dos direitos humanos das PVHS, seguidas pelas organizações não governamentais que actuam nesta área.

Várias ONGs foram criadas em defesa do portador do HIV e SIDA, destacando-se as Associações de PVHS que pautam as suas actuações na solidariedade em relação as outras PVHS necessitando de ajuda, desde aconselhamento para ter acesso aos serviços, acompanhamento às US que disponibilizam o serviço, até a prestação dos cuidados domiciliários, além das variadas acções levadas a cabo com vista a advogar para o melhoramento do acesso ao tratamento a nível nacional e luta contra o estigma e a discriminação das PVHS.

IV.2.1.1. PVHS COMO ACTORES NA LUTA DE COMBATE AO HIV E SIDA

Segundo o PEN I em 1998, constituíram-se as primeiras Associações de pessoas vivendo com HIV e SIDA, Kindlimuka em Maputo, e Kubatana em Manica. Em 1999 apenas seis projectos desenvolviam actividades relevantes para as categorias de redução do impacto do HIV e SIDA em benefício de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA. As organizações como a Kindlimuka em Maputo, Kubatana e Kubatsirana no Chimoio, Projecto Esperança na Zambézia e os Hospitais de Dia em Maputo e Chimoio prestam apoio psicológico e médico a PVHS e seus familiares, com vista a redução da rejeição familiar, disponibilização do tratamento das doenças oportunistas, e apoio económico a PVHS. Dentre estas associações, apenas um projecto no Chimoio, Kubatsirana, implementava actividades geradoras de rendimentos e dava apoio aos órfãos.

O evoluir da epidemia e a necessidade duma resposta mais efectiva e coordenada trouxe a necessidade de se criar uma estrutura mais sólida, que pudesse resolver várias questões que as associações individualmente não tinham capacidade de resolver, tais como a mobilização de recursos, capacidade de advogar para mudança ou criação de políticas favoráveis às PVHS. Assim as associações de PVHS uniram-se e fundaram a RENSIDA que significa Rede Nacional de Associações de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA.

A rede foi criada em Maio de 2002, para dar conta da ausência de uma coordenação nacional das actividades que visam promover a melhoria da qualidade de vida das PVHS, bem como exercer o papel de pressão e responsabilização do governo.

As organizações membro, na sua maioria desenvolvem trabalhos de mitigação do impacto do HIV e SIDA como visitas e cuidados domiciliários, cuidados e assistência a órfãos, bem como oferecer serviços de aconselhamento à comunidade e também de grupos dinâmicos de convivência entre os seropositivos.

As PVHS têm desempenhado cada vez mais um papel activo na sociedade, como mostram alguns trechos das entrevistas com estas e com outras entidades que acompanham as suas actividades.

“As associações de PVHSs enviam os seus activistas que tem a missão de fazer chegar a informação sobre a importância do TARV, e que a sua distribuição é gratuita além de que estes activistas prestam testemunhos na primeira pessoa sobre a capacidade do TARV regenerar o doente, prestamos cuidados domiciliários aos doentes e COVs, fazemos aconselhamento, levantamento de medicamentos e marcamos as consultas para os doente.” (Associação KEWA, Zambézia).

“as PVHS fazem o encaminhamento e educação de outras PVHS; apoiam os trabalhos do HdD e ainda fazem a prestação de cuidados domiciliários.” (ECOSIDA, Maputo)

“A associação tem feito acompanhamento dos doentes, sensibilização na comunidade, quando existem casos de pessoas que desistiram do tratamento procuramos saber os motivos, e sensibilizamos para a pessoa voltar ao tratamento” (Associação Niwanane, Nampula).

Entre as várias actividades desenvolvidas pela RENSIDA, destacam-se:

- Apoio à criação, consolidação e reconhecimento jurídico das Associações de PVHS em todo o país;
- Cursos de formação e seminários;
- Campanhas contra a discriminação e estigmatização das PVHS;
- Acordos e contactos de parceria, com organismos nacionais e internacionais.⁵

As suas acções estão voltadas para quatro áreas a saber: a) Capacitação e Coordenação dos Membros, b) Advocacia, c) Projecto de Informação e Comunicação e d) Mobilização de Parceiros.

a) Na área de Capacitação e Coordenação dos Membros:

A rede tem a missão de ajudar aos membros dotando-os de conhecimentos específicos relacionados com a gestão geral das suas instituições (advocacia, busca de fundos, parceiros, saúde, e comunicação).

b) Na área de Advocacia:

A RENSIDA trabalhou com o *Burnet Institute* no sentido de criar um departamento de advocacia. Para o efeito está em vista em 2005, um curso de capacitação aos membros sobre a referida matéria.

⁵ www.ntwanano.org/sida/sida

c) Na área de Informação e Comunicação:

Trabalhou na criação de um banco de dados que contém toda a informação da rede e das organizações membros, publicação da revista trimestral “Ecos de Vida Positiva”, boletim mensal, promoção dos feitos da rede usando os meios de comunicação de massa e usando o próprio website.

d) Na área de Mobilização de Parceiros:

Nesta vertente, a RENSIDA é responsável em apoiar os seus membros no desenvolvimento de propostas de projectos, buscar doadores ou parceiros para as associações e no geral ajudar ou dar a conhecer as actividades de cada associação.⁶

Além destas actividades directamente ligadas ao combate ao HIV e SIDA, outras actividades de geração de renda, para a melhoria da vida das PVHS, têm sido levadas a cabo, estas acções acabam reflectindo-se no combate ao HIV e SIDA uma vez que tiram o doente da posição, a que é vulgarmente associado, de necessitado e incapaz de produzir para o seu sustento, como exemplo a colaboração inovadora do Kindlimuka com o sector privado, que teve como uma das suas maiores realizações em 2000, a produção de uniformes para trabalhadores afectos nas bombas de abastecimento ao longo do país.

Assim, com a formação desses grupos, um importante problema da epidemia começa a ser atacado, através da luta pelo fim da discriminação e do preconceito. Nessa luta, a solidariedade, mas também a responsabilização e a reposição legal dos direitos violados é considerada a única resposta eficiente contra a epidemia do HIV e SIDA.

Entretanto, a materialização dos direitos humanos no contexto do HIV e SIDA passa também pela materialização de uma série de outros direitos e compromissos sociais assumidos, que devem ser implementados pelo Estado e pelo cidadão, como é o caso das 12 directivas que constituem as Normas Internacionais sobre o HIV e SIDA e Direitos Humanos, que serão escrutinadas, uma a uma no tópico que se segue.

IV.2.2. AS 12 DIRECTIVAS SOBRE O HIV E SIDA E DIREITOS HUMANOS EM PERSPECTIVA

O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a ONUSIDA, publicaram o documento do Terceiro Encontro Consultivo para o HIV e SIDA e Direitos Humanos decorrido em Genebra entre os dias 25 e 26 de Julho de 2002, as Normas Internacionais sobre o HIV e SIDA e Direitos Humanos. Este documento estabelece 12 directivas, que de seguida se apresentam:

- **A Directiva 1** recomenda que *“para a sua resposta ao HIV e SIDA os estados devem criar uma estrutura nacional que seja efectiva e que assegure uma abordagem coordenada, participativa e transparente, integrando as políticas sobre o HIV e SIDA nos programas de todos os ramos do governo”*.

⁶ www.rensida.org/index.php

A elaboração do Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV e SIDA, e a criação, pelo Conselho de Ministros, da respectiva estrutura de implementação, o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (Decreto 10/2000, de 23 de Maio), enquadram-se no cumprimento desta directiva.

- A **Directiva 2** recomenda que *"os estados devem assegurar que, através de apoio político e financeiro, a consulta comunitária aconteça em todas as fases da elaboração da política sobre o HIV e SIDA, programas de implementação e avaliação, e que as organizações comunitárias tenham capacidade para realizarem as suas actividades, efectivamente, incluindo nas áreas de ética, leis e direitos humanos"*.

O Governo tem estado a observar esta directiva, através da criação de um ambiente facultativo para o estabelecimento e financiamento de redes de organizações, organizações e associações, não obstante os constrangimentos que serão referidos mais adiante.

- A **Directiva 3** estabelece que *"os Estados devem rever e reformar as suas leis de saúde pública de modo a assegurar que elas cubram de forma adequada as várias questões de saúde pública suscitadas pela HIV e SIDA, harmonizando os procedimentos correntes com princípios e obrigações internacionalmente definidos no que respeita aos direitos humanos e evitando que as suas provisões sejam indistintamente aplicadas a casos comuns de doenças transmissíveis e ao HIV e SIDA"*.

O MISAU no seu relatório da reflexão sobre o programa nacional do tratamento anti-retroviral (TARV) de 2005, já apresenta como principal obstáculo para o aumento dos serviços de TARV quer nos adultos assim como em crianças a falta de pessoal qualificado. Este documento também traça recomendações para o aumento da cobertura dos serviços de TARV, tais como a integração dos serviços existentes em cuidados de saúde primários e expansão do TARV pediátrico a nível nacional, pois das 34 unidades sanitárias que faziam TARV apenas 10 tinham capacidade para administrar o TARV pediátrico. Este documento também chama atenção da necessidade da expansão se fazer acompanhar de qualidade, e para o efeito estabelece acções de formação, reforço da capacidade laboratorial e logística (MISAU, 2005)

- A **Directiva 4** estabelece que *"os Estados devem rever e reestruturar as leis criminais e dos sistemas correcionais para assegurar que eles sejam consistentes com as obrigações internacionais sobre direitos humanos e que não sejam mal usadas no contexto do HIV e SIDA ou não sejam dirigidas contra os grupos vulneráveis"*.

Embora restrita ao mundo do trabalho, a Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro é a primeira acção legislativa de vulto no sentido de proteger o direito ao trabalho, de combater o estigma e a discriminação de que são vítimas as PVHS e ainda de assegurar a confidencialidade do estatuto de seropositividade. Este diploma também ilegaliza o teste à seropositividade como pré-condição para a admissão a um emprego ou a perda de um emprego por se revelar a situação de seropositivo do seu detentor. Para a definição e aprovação desta lei, os actores e instituição da

sociedade civil, desempenharam um papel importante com um movimento de advocacia sem precedentes ao nível nacional.

- A **Directiva 5** recomenda que *"os países devem aprovar ou reforçar as leis contra a discriminação e outras protectoras que protejam os grupos vulneráveis, Pessoas Vivendo com HIV e SIDA e pessoas deficientes da discriminação em ambos sectores público e privado, assegurar o respeito pela privacidade, pela confidencialidade e pelas questões éticas em pesquisa envolvendo sujeitos humanos, enfatizando a educação e conciliação, e prover a subsistência de acções remediais civis rápidas e administrativamente efectivas"*.

A Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro acima mencionada e a criação e operacionalização do Comité de Ética do MISAU é prova do esforço do Governo de Moçambique, no sentido de dar resposta a esta directiva. Não obstante a grande lacuna que se verifica, entre a aprovação da lei e a sua instrumentalização efectiva e exemplar.

- A **Directiva 6** recomenda que *"os Estados devem produzir legislação que regulamente o fornecimento de bens, serviços e informação que se relacionem com HIV e SIDA, de modo a assegurar total disponibilidade de medidas e serviços qualitativos de prevenção, informação adequada sobre prevenção do HIV e cuidados, medicação efectiva e segura, a preço acessível"*.

A terapia anti-retroviral no país é gratuita. Entretanto, o grande desafio que se impõe é em relação ao tratamento das infecções oportunistas, feito na rede sanitária do Estado e que é fornecido a preços subsidiados, mas que sofre frequentes roturas de stock forçando os doentes a recorrerem à rede privada onde o custo é insuportável.

Não obstante o facto de o TARV ser gratuito a nível nacional, lacunas operacionais, limitações no acesso e custos indirectos adicionais são persistentes e representam um grande obstáculo para o acesso a esses serviços, como será problematizado mais adiante.

- A **Directiva 7** estabelece que *"os Estados devem implementar e apoiar serviços de apoio legal que possam educar as pessoas afectadas pelo HIV e SIDA sobre os seus direitos, prover serviços legais gratuitos que imponham o respeito de tais direitos, desenvolver capacidades em questões legais relacionadas com o HIV e SIDA e instituir meios de protecção para além dos tribunais, tais como gabinetes de justiça, protectores públicos, unidades de reclamações sobre saúde e comissões de direitos humanos"*.

Segundo o PEN II, já em 2004, de todos os projectos relacionados com HIV e SIDA do CNCS, 29 incluíam uma componente de apoio jurídico. E tais projectos são da responsabilidade de ONGs nacionais e estrangeiras, estruturas governamentais a nível central e provincial, empresas e organizações religiosas, e cobrem diferentes populações-alvo, desde PVHS a núcleos comunitários, viúvas e órfãos de SIDA. Todavia, a eficácia desses projectos e ou a sua visibilidade

como uma boa prática é ainda questionável, havendo ainda muito espaço para melhoria e aperfeiçoamento da sua eficácia como instrumentos e mecanismos de intervenção social.

- A **Directiva 8** recomenda que *"os Estados, em colaboração e através das comunidades, devem promover um ambiente de suporte e facultativo para a mulher, criança e outros grupos vulneráveis, através da resolução dos preconceitos subjacentes e redução das desigualdades através do diálogo comunitário, criação de serviços sociais e de saúde específicos, e apoio aos grupos comunitários"*.

O Governo de Moçambique ao criar o Ministério da Mulher e da Coordenação da Acção Social tinha em vista dar resposta a esta directiva que cria condições para a protecção dos grupos populacionais mais vulneráveis. O estabelecimento do atestado de pobreza, por exemplo, contribui sem dúvida para atenuar as dificuldades sentidas por estes grupos específicos. No entanto, o alcance destas medidas é ainda muito reduzido, sendo por isso necessário criar formas de agilizar os mecanismos de atribuição e a cobertura geográfica, em termos quantitativos e qualitativos.

- A **Directiva 9** estabelece que *"os Estados devem promover de forma permanente uma vasta distribuição de material educativo criativo, programas de formação e informação pública abertamente concebidos para a mudança de atitudes de discriminação e estigmatização associados ao HIV e SIDA para o favorecimento da compreensão e aceitação"*.

O CNCS aprovou em 2006 a Estratégia Nacional de Comunicação, o que está em linha com esta directiva, embora o processo de sua implementação ainda esteja longe de ser efectiva ou abrangente.

- A **Directiva 10** estabelece que *"os Estados devem assegurar que o governo e o sector privado desenvolvem códigos de conduta relacionados com as questões de HIV e SIDA que traduzem princípios de direitos humanos em códigos de responsabilidade e prática profissional, com mecanismos de acompanhamento para implementação e cumprimentos desses códigos"*.

O Diploma Ministerial nº 40/2003 de 2 de Abril, o qual define os mecanismos de parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e o Sector Privado de fins não lucrativos, e o compromisso de Kaya Kwanga, que determina um código de conduta para orientar a parceria para o desenvolvimento da Saúde em Moçambique, são alguns dos instrumentos que o governo já estabeleceu e que estão em linha com esta directiva, mas muito ainda tem que ser feito para abranger a maior parte das áreas de actividade.

- A **Directiva 11** estabelece que *"os estados devem assegurar a monitoria e mecanismos de cumprimento para garantir a protecção de direitos humanos relacionados com o HIV e SIDA, incluindo os das pessoas vivendo com o HIV e SIDA, suas famílias e comunidades"*.

Ao criar o CNCS, o Governo tinha em vista garantir o respeito e o cumprimento desta directiva. Em 2003 na Conferência Internacional sobre HIV e SIDA em África (ICASA) foi estabelecido um princípio de coordenação que veio a ser conhecido por “Three Ones”. Este estabelece a existência e reconhecimento dum único processo de planificação, dum único órgão de coordenação e dum único sistema nacional de monitoria e avaliação. Moçambique aderiu também a este princípio e já iniciou a sua implementação desde 2005.

Directiva 12 recomenda que *“os Estados devem cooperar através de todos os programas relevantes e agências do sistema das Nações Unidas, incluindo a ONUSIDA, para partilhar conhecimentos e experiências relacionados com questões de direitos humanos e HIV e devem assegurar mecanismos efectivos de protecção dos direitos humanos no contexto de HIV e SIDA a nível internacional”*.

O sistema das Nações Unidas em Moçambique, através do seu programa de trabalho, o Quadro das Nações Unidas para Assistência ao Desenvolvimento (UNDAF) 2007-2009, tem acções concretas de apoio ao governo na resolução dos problemas sociais e define três áreas de cooperação nomeadamente: Governança, Capital Humano e HIV e SIDA.

Para além dessas doze directrizes consistentes, a organização das Nações Unidas (ONU), a Conferência para o Desenvolvimento da África Austral (SADC) a Organização da Unidade Africana (OUA) e mais tarde a União Africana (UA), a Comunidade de Países de Língua

O processo de administração do TARV em Moçambique teve início com a intervenção de algumas organizações não governamentais, em parceria estreita com o MISAU. Desde a altura da sua introdução, várias entidades têm desenvolvido acções com vista a providenciar este serviço, sendo de destacar as seguintes organizações:

- Columbia University - está presente nas províncias de Maputo, Gaza, Inhambane, Zambézia e Nampula;
- HAI - cobre as províncias de Manica e Sofala;
- Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation - opera nas províncias de Maputo, Gaza, Nampula e Cabo Delgado;
- Vanderbilt University - trabalha na província da Zambézia;
- Comunidade do Santo Egídio - opera nas províncias da Maputo, Sofala e Zambézia. Apoiam ainda algumas ONGs pequenas na administração deste serviço;
- Médicos Del Mundo - está representada e a trabalhar em Maputo e Cabo Delgado;
- MSF da Bélgica - está em Maputo e Tete; e
- MSF da Suíça - trabalha em Maputo e Lichinga.
- Visão mundial
- FHI

A Columbia University, a HAI e a Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation são as maiores ONGs que trabalham nesta área da saúde, através de parcerias com as OCBs, fazem chegar não somente o TARV, mas também a assistência domiciliária até as pessoas que necessitam destes serviços. O sector de saúde, através das DPSs coordena as actividades de tratamento do HIV e SIDA em todas as províncias do país implementadas pelas ONGs ou CBOs.

Portuguesa(CPLP) emitiram várias declarações, códigos entre outros documentos, sobre o HIV e SIDA e direitos humanos às quais Moçambique aderiu. Não obstante estes documentos não serem tão pormenorizados como as *Directivas Internacionais*, têm sua importância que merece destaque, por reafirmarem a luta contra o HIV e SIDA, tendo como base os direitos humanos. Nos parágrafos seguintes , estão listados alguns desses documentos, e em anexo ao presente relatório encontram-se uma tabela contendo outros acordos assinados neste âmbito.

Em 1997 foi aprovado pela SADC, o Código sobre o HIV e SIDA e Emprego, que visa consolidar os códigos nacionais de emprego, sobre as questões relacionadas com o HIV e SIDA e, sensibilizar os empregadores sobre estas questões.

Em 2001 a ONU aprovou a declaração da vigésima sexta Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA, UNGASS, que visa uma acção global contra o HIV e SIDA e combate e de outras doenças transmissíveis, como a Malária e a Tuberculose.

Existem outros documentos importantes, como a Convenção sobre a eliminação de todas as Formas de discriminação, a Convenção Internacional sobre os Direitos, Civis e Políticos entre outros, que não abordam especificamente o HIV e SIDA, por terem sido adoptadas antes da sua existência, mas sublinham aspectos como a igualdade, dignidade, privação, proibição de experiência médica ou científica sem o consentimento livre e informado e o direito à saúde.

Em 2003 a SADC aprovou a Declaração de Maseru sobre o HIV e SIDA, que enfatiza o compromisso em relação a declaração de Abuja. Sublinha o papel social da desigualdade do género, na disseminação do HIV e SIDA. Realça a importância de fortalecer as capacidades da mulher e criança providenciando serviços de saúde, para além de focar a prevenção e remoção do estigma e discriminação (UNDP, 2007:9).

Conferência Internacional sobre o SIDA e Infecções de Transmissão Sexual (ICASA), realizada em Setembro de 2003 no Quênia, envolvendo funcionários que trabalham no campo sobre HIV e SIDA junto com representantes de organismos multilaterais e bilaterais como ONGs, sector privado que culminou com a adopção de três princípios fundamentais também conhecidos como "três uns", a serem aplicadas por todas as partes interessadas na resposta ao HIV e SIDA a nível nacional:

- ➔ Um só marco de acção contra o SIDA que proporcione a base para coordenar o trabalho de todos.
- ➔ Uma autoridade nacional de coordenação da luta contra o SIDA com um comando multisectorial amplo
- ➔ Um sistema de vigilância e avaliação em todo o país (ONUSIDA, s/d:1).

Declaração de Brazzaville emitida em 2006, pela UA, com apoio da OMS, ONUSIDA; EGA e DFID, para o compromisso em relação a prevenção, acesso universal, tratamento e cuidados em África. Subscrito por chefes de Estado e governo, parlamentares, sociedade civil, pessoas vivendo com HIV e SIDA, mulheres, jovens, organizações religiosas, com a qual saúdam a contribuição vital das comunidades e governos para lutarem contra o HIV e SIDA.

IV.2.3. RESPOSTAS AO HIV E SIDA BASEADAS NOS DIREITOS HUMANOS

As abordagens ao HIV e SIDA baseadas nos direitos humanos são reais. Países como o Brasil, que colocaram os direitos humanos no centro das suas respostas ao SIDA conseguiram reduzir a epidemia. Exemplos das respostas ao HIV e SIDA baseadas em direitos humanos incluem as seguintes componentes:

- 1) Assegurar que os programas nacionais de resposta ao HIV e SIDA incluam medidas visando combater a discriminação e violência contra as pessoas vivendo com o HIV ou SIDA e pessoas em risco de infecção;
- 2) Assegurar que os jovens tenham pleno acesso à informação sobre o HIV e SIDA, educação sexual e sobre habilidades para a vida, bem como aos preservativos e serviços para ITS e planeamento familiar;
- 3) Investir na potenciação de pessoas vivendo com HIV ou SIDA, para que conheçam os seus direitos e se mobilizem;
- 4) Introdução de alterações de políticas com vista a reduzir a superlotação das prisões, para que as pessoas sejam menos vulneráveis ao HIV, a violência sexual e a partilha de seringas enquanto estiverem presas;
- 5) Eliminação das barreiras legais e de outra natureza à prevenção e tratamento do HIV para as pessoas que usam drogas ilegais;
- 6) Estabelecimento de medidas legais contra a violência e discriminação para com os trabalhadores de sexo, homens que mantém relações sexuais com outros homens e outros grupos marginalizados; e
- 6) Providenciar para as mulheres, medidas eficazes contra todas as formas de violência baseada no género dentro e fora do casamento, bem como fazer frente à discriminação permitida legalmente no acesso às oportunidades económicas de propriedade e herança (Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA, 2006).

IV.2.3.1. HIV E SIDA E DIREITOS HUMANOS NO LOCAL DE TRABALHO EM MOÇAMBIQUE

As directivas acima indicadas contribuirão para que os Estados criassem leis voltadas para a preservação dos direitos das PVHS, é então oportuno detalhar a lei aprovada pelo governo de Moçambique com esse propósito.

A Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro, que protege trabalhadores ou candidatos a emprego por serem suspeitos ou portadores do HIV e SIDA, na sua nota introdutória, reconhece que o HIV e SIDA, e os seus efeitos na sociedade, vem assumindo proporções consideráveis, constituindo deste modo uma ameaça objectiva ao exercício dos direitos fundamentais do cidadão, a harmonia social e ao desenvolvimento do país.

Este reconhecimento do estado moçambicano objectiva a criação de medidas de defesa do ser humano, face à exclusão, estigmatização, discriminação e outras formas tendentes à protecção social e emocional dos trabalhadores e candidatos a emprego vivendo com HIV e SIDA.

A Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro tem uma ligação com os direitos humanos, ao consagrar direitos de protecção de trabalhadores e candidatos a emprego suspeitos ou portadores do HIV e SIDA. Desta maneira, este instrumento jurídico-legal mostra claramente que a melhor maneira de respeitarmos os direitos humanos é reconhecer a dignidade da pessoa humana, com particular destaque para aquelas pessoas cuja condição social seja socialmente vulnerável. Portanto, sem reconhecer a dignidade de trabalhadores e candidatos a emprego vivendo com HIV e SIDA, não é possível falar de direitos humanos.

A clareza desta lei está fundada ainda na consagração dos direitos a um grupo específico face à vulnerabilidade e coercibilidade sócio-laborais a que estejam sujeitos, nos sectores públicos e privados, incluindo os trabalhadores domésticos. No seu artigo quarto, a lei em referência advoga a protecção dos direitos humanos deste grupo, ao consagrar a "proibição de testes de HIV e SIDA aos trabalhadores ou a candidatos a emprego, sem o consentimento do trabalhador ou candidato a emprego". Os artigos quinto e sexto falam da privacidade, confidencialidade e consentimento do trabalhador em prestar ou não informações sobre a sua condição de seropositividade.⁷

Um outro artigo importante dessa lei é o sétimo, referente a igualdade de oportunidades, que assume que "os trabalhadores não devem ser discriminados nos seus direitos de trabalho, formação, promoção e progresso na carreira por serem portadores de HIV e SIDA". E que "a todos os trabalhadores deve ser assegurado o princípio de igualdade de direitos de oportunidades em função do seu mérito e capacidade de desempenhar a sua função laboral". Deixando claro que, qualquer tentativa de discriminar e excluir trabalhadores portadores de HIV e SIDA não tem

⁷ <http://port.pravda.ru/cplp/mocambique/20031-1/>

fundamento legal nem moral e deve ser combatida, com vista a proteger-se a dignidade do ser humano.⁸

Assim, a Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro baseia-se no princípio de que todos os trabalhadores vivendo com HIV e SIDA têm direitos iguais e a um tratamento igual, no que concerne aos direitos humanos.

IV.2.4. ACÇÕES NA ÁREA DO HIV E SIDA E DIREITOS HUMANOS

No papel, o lugar dos direitos humanos na resposta ao HIV estão bem definidos. Os governos signatários à Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA de 2001 acordaram tomar medidas sobre o HIV e direitos humanos, e reconfirmaram este compromisso cinco anos mais tarde. Todavia, na prática, poucos esforços foram envidados para financiar, incluir no orçamento e implementar os programas nacionais que poderiam garantir a protecção legal e dos direitos humanos para as pessoas vivendo com, afectadas por ou vulneráveis ao HIV e SIDA.

Até 2003, quase metade dos governos da África Subsaariana ainda não haviam adoptado legislação básica especificamente criminalizando a discriminação contra as pessoas vivendo com HIV ou SIDA. Somente 1/3 dos países em todo o mundo haviam adoptado medidas legais especificamente criminalizando a discriminação contra as pessoas especialmente vulneráveis ao HIV. Apesar do grande aumento do financiamento para programas globais de HIV e SIDA, houve pouco investimento em iniciativas básicas de direitos humanos, tais como:

- 1) Campanhas "*Know Your Rights*"⁹ e serviços legais para pessoas vivendo com e afectadas pelo HIV;
- 2) Auditorias relacionadas com o HIV da legislação nacional e aplicação da lei;
- 3) Formação em não discriminação, confidencialidade e consentimento informado para os trabalhadores da saúde, polícia, juizes, e assistentes sociais; e
- 4) Auto-advocacia e participação por mulheres, jovens, pessoas vivendo com HIV, pessoas que usam drogas, trabalhadores de sexo, homens que têm sexo com homens, prisioneiros, e emigrantes/imigrantes nos quadros nacionais de acção sobre o SIDA, autoridades coordenadoras e sistemas de monitoria e avaliação (Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA, 2006).

⁸ <http://port.pravda.ru/cplp/mocambique/20031-1/>

⁹ Em Português, "Conheça os seus direitos".

Uma avaliação da implementação da Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA realizada em 2006 em 14 países concluiu que *"os abusos de direitos humanos das populações vulneráveis continuam sendo sérios, recusando-lhes o acesso aos serviços e instrumentos para a prevenção da infecção do HIV e aos medicamentos contra o SIDA que as mantêm vivas"* (Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA, 2006).

Em 2003, o então secretário-geral das Nações Unidas, Kofi Annan, afirmou que *"os direitos humanos associados ao HIV não são suficientemente altos entre as prioridades dos governos nacionais, doadores, ou organizações de direitos humanos"* (Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA, 2006).

*"A realização dos direitos humanos e liberdades fundamentais para todos é essencial para reduzir a vulnerabilidade ao HIV e SIDA"*¹⁰

V. TARV E CUIDADOS RELACIONADOS AO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

V.1. PROCESSO DE INTRODUÇÃO E EXPANSÃO DO TARV

A situação que a África Sub-Sahariana enfrenta em relação à epidemia do HIV e SIDA sugere a adoção de medidas urgentes, mais abrangentes, para além da abordagem preventiva: entre estas, também a introdução do tratamento anti-retroviral (TARV) em grande escala.

Até ao ano 2001, Moçambique manteve uma posição oficialmente contrária à inclusão da TARV na campanha de luta contra a SIDA, com o argumento do elevado custo associado, limitações laboratoriais, de recursos humanos e até dúvidas sobre a capacidade dos infectados aderirem de forma integral a um programa de tratamento anti-retroviral, descrito como "altamente complexo". A maioria dos doadores, incluindo os grandes contribuintes na campanha contra a SIDA (Banco Mundial, União Europeia, USAID e outros) também manteve uma posição contrária à introdução dos anti-retrovirais sob os mesmos argumentos.

Entretanto, mesmo com as restrições e reservas oficialmente apresentadas até 2001, em relação aos anti-retrovirais, algumas ONGs internacionais¹¹ esforçaram-se em demonstrar a viabilidade da possibilidade de introdução da TARV. O próprio MISAU investia em "trabalhos preparatórios" para a introdução de anti-retrovirais. Alguns médicos associados ao sector privado, mas com algum vínculo com o Programa Nacional de Combate às ITS, HIV e SIDA, foram pioneiros na introdução da TARV nas clínicas privadas, num esquema complexo que incluía o transporte de amostras para análises laboratoriais na vizinha África do Sul (a custos que chegavam a 500 dólares americanos por mês por paciente). Algumas farmácias privadas também tomaram a dianteira na importação

¹⁰ Reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA (2006) citando a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA, Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA.

¹¹ Comunidade Santo Egídio, Médicos Sem Fronteiras e Health Alliance International.

de algumas drogas anti-retrovirais que alimentavam o sector privado que já havia iniciado a administração da terapia-antiretroviral.

Estes canais de introdução do TARV em Moçambique demonstram a posição de vanguarda que algumas instituições da sociedade civil, sejam ONGs ou Clínicas privadas tomaram de modo a torna-se o TARV disponível em Moçambique. Entretanto, esta forma de actuação acarretava certos riscos, que incluíam:

- 1) A perda da oportunidade de reforçar o sector de saúde em geral, através da injeção de recursos proporcionados pelos programas de combate à epidemia do HIV e SIDA;
- 2) Em casos extremos, enfraquecimento do Sector Saúde por distorções impulsionadas pelas próprias intervenções (drenagem interna de recursos, como por exemplo pessoal, queda de atenção sobre outros programas de grande impacto sobre a morbi-mortalidade, etc.);
- 3) Não sustentabilidade financeira, técnica e institucional de intervenções marcadas por um excessivo grau de dependência dos parceiros.

Os esforços até aqui empreendidos para tornar disponível o TARV traduziam-se em intervenções aparentemente verticais, de eficácia e eficiência variáveis, e caracterizadas por uma fraca integração com o sector público de saúde existente.

Reconhecendo que a terapia anti-retroviral já havia sido introduzida em Moçambique, através de iniciativas do sector privado e algumas ONGs, a título

O Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS, HIV e SIDA – Sector Saúde 2004-2008 – sublinha-se a necessidade de integrar os programas de combate à epidemia no Sector Público de Saúde. Em particular, no capítulo IV.1 do Plano Estratégico (“Princípios de Base”), são mencionados os seguintes pontos:

1. *Favorecer as intervenções da responsabilidade do MISAU, de comprovado custo-eficácia e abordagem de direitos humanos;*
2. *O PEN ITS, HIV e SIDA-Sector Saúde articula-se dentro do quadro legal e institucional existente no MISAU (...);*
3. *Reforço do sistema no seu todo, e não apenas das componentes ligadas ao HIV e SIDA;*
4. *Prioridade aos serviços preventivos a todos os níveis, segundo o quadro “princípio de priorização das componentes e dos serviços de apoio”;*
5. *Prioridade na implementação das componentes em função de a) zona de alta prevalência e b) áreas com potencial deficiência (...);*
6. *As novas componentes (GTV, PTV, TARV, CD, SAAJ) têm um conceito funcional mais do que físico e devem integrar-se nas estruturas existentes;*
7. *A expansão do programa é faseada, assegurando a existência dum sistema de referencia (...);*
8. *A qualidade do atendimento e dos serviços oferecidos é fundamental (...);*
9. *O PEN ITS, HIV e SIDA - sector Saúde toma em consideração os aspectos inerentes ao género;*
10. *O período 2004-2005 corresponde a uma fase piloto, a partir da qual adaptações serão realizadas. A fase 2006-2008 será caracterizada pela expansão, tendo como base as lições aprendidas durante a fase piloto;*
11. *As estratégias desenvolvidas dentro do PEN ITS, HIV E SIDA - Sector Saúde servem para reforçar o processo de descentralização da planificação e gestão provincial.*

Por outras palavras, o PEN do MISAU tem consciência dos riscos duma TARV não integrada no sistema e sublinha que deve ser garantida a equidade.

piloto, e com muito baixo grau de cobertura, o MISAU avançou na procura de saídas oficiais e formais sobre a problemática do tratamento anti-retroviral em Moçambique. O MISAU consolidou o seu “Comité de Especialistas” para estudar os custos da introdução de anti-retrovirais e argumentou diante dos seus pares governamentais (cúpula do CNCS) em favor do início oficial e regulamentado do uso de anti-retrovirais em Moçambique. Os estudos de viabilidade para a introdução de anti-retrovirais e evitar a transmissão vertical já haviam iniciado antes com apoio de organizações que trabalham na área da criança como o UNICEF e outras, que apoiavam programas de prevenção da transmissão vertical.

Essa e outras acções em prol da introdução dos anti-retrovirais (como a disposição de alguns doadores e ONGs em investir na área, bem como a ênfase no discurso de que a TARV devia ser vista como parte complementar dos esforços de prevenção) culminaram com a aprovação do Diploma Ministerial nº 183-A/2001, de 18 de Dezembro, regulamentado o processo de introdução oficial dos anti-retrovirais no país.

O Diploma considera a ressalva de que a introdução da TARV deveria ter em conta que as instituições de saúde somente cobrem 30 a 40% da população e que não seria possível cobrir nos “próximos anos” toda a população infectada reunindo os critérios clínicos para o início da terapia.

O Boletim que regulamenta a introdução dos anti-retrovirais prevê que, numa primeira fase, a terapia venha a ser administrada nos hospitais centrais e provinciais com médicos habilitados que possam ser indicados como referência, assim como a continuação do que já era feito nas clínicas privadas com o acréscimo das credenciais do MISAU para a administração da terapia anti-retroviral.

O mesmo Diploma Ministerial também regulamenta a introdução da prevenção da transmissão vertical, estimada em cerca de 26% de ocorrências, incluindo o acompanhamento pré-natal, durante o parto e o período pós-parto, incluindo a administração da Niverapina. Os programas de prevenção da transmissão vertical começaram por ser introduzidos em 4 unidades sanitárias como parte das iniciativas piloto para a sua introdução mais generalizada. Em 2003, já existiam 23 unidades sanitárias em 6 províncias do país a prestar serviços de prevenção da transmissão vertical.

O MISAU desenvolveu normas e protocolos para a prevenção da transmissão vertical, administração da TARV nos hospitais públicos e clínicas privadas, bem como a regulamentação do sector farmacêutico, tendo seleccionado algumas unidades farmacêuticas para a venda de anti-retrovirais, dentro de um sistema rigoroso de registro de receitas e nomes de médicos autorizados.

Em 2002, a TARV já estava a ser administrada no Hospital Central de Maputo e Hospital Central da Beira, que dispõem de uma nova estrutura de suporte laboratorial para o efeito, havendo a perspectiva de expansão para Zambézia e Nampula, com o recurso aos três laboratórios existentes na Cidade da Beira e Maputo, os únicos com capacidade de realizar análises e

contagens de células CD4 e carga viral¹². ONGs Internacionais na província de Tete, Maputo e Manica também administravam anti-retrovirais, para número reduzido de beneficiários. Nos finais de 2003, cerca de 10 unidades sanitárias já ofereciam tratamento com terapia anti-retroviral em 6 províncias das 11 que compõem o país.

A partir dos anos 2003/2004, começou a se fazer sentir a acção dos Médicos Sem Fronteiras e da Comunidade Santo Egídio, que começaram a administrar a TARV de forma independente, usando apenas as instalações sanitárias já existentes, trazendo ao país os medicamentos e os respectivos profissionais de saúde que iam trabalhar nas US's. Enquanto isso, os moçambicanos tratavam o HIV e SIDA como uma epidemia na qual trabalham apenas voluntários e não profissionais especializados nestes assuntos.

A expansão do TARV em Moçambique começou nos meados de 2004, segundo os dados, esta fase foi caracterizada por um elevado número de casos de óbitos das pessoas em TARV nos meses de Novembro de 2004 a Outubro de 2005, de desistências e transferências (CNCS, 2006: 29).

Com a introdução dos ARV genéricos, as condições para a administração do TARV em países como Moçambique, tornaram-se mais favoráveis devido a redução dos custos para a terapia. Com isso, os números de beneficiários começaram a crescer, até os finais de Outubro de 2004, 7284 pessoas recebiam a terapia anti-retroviral (CNCS, 2006).

Em finais de 2005 cerca de 19.000 pessoas estavam em tratamento, das quais mais de 60% dos doentes estavam na Cidade de Maputo.

De acordo com o Relatório da Avaliação Conjunta Anual do MISAU, (ACA VI, 2007:35), o ano de 2006 foi marcado pelo aumento do acesso ao tratamento com ARV e das doenças oportunistas. Em 2006 foram abertos, apetrechados/equipados, mais 120 locais para TARV o que corresponde a 100% acima do inicialmente planificado para este período que era de 60 locais.

Dados fornecidos pelo DAM indicam que até Dezembro de 2007, um total de 88.211 pessoas adultas e 6.210 pessoas com idades menores a 15 anos, beneficiavam dos serviços de TARV. Em termos de Unidades Sanitárias a prestarem serviços de TARV, foi indicado que, no total, existem nas US do país 211 locais oferecendo TARV, abarcando todas as Províncias, com uma cobertura de mais de 70% de todas as sedes distritais.

Em 2006, o aumento de locais foi acompanhado pelo incremento do número de beneficiários: o número de doentes atingiu 44.100 (sendo 58% de mulheres e 3.443 crianças de menos de <15

¹² Alguns dos laboratórios são instalados com o apoio directo de organizações ou instituições internacionais, como Comunidade Santo Egídio e o CDC. A expectativa era que até finais de 2004 houvesse implantados no país 8 laboratórios.

anos) o que corresponde a um aumento de mais de 10% em relação a meta previamente estabelecida de 40.000 indivíduos em tratamento. A superação da meta deveu-se à uma rápida expansão dos serviços que veio a acontecer em meados de 2006, com a formação dos técnicos de medicina e melhoria de condições de diagnóstico. Este grupo profissional começou a ser a referência dos doentes ao nível mais periférico, estando habilitados a fazer o diagnóstico, prescrição da primeira linha do TARV e seguimento dos doentes (MISAU, 2007).

No referente a melhoria das infra-estruturas para o início de TARV, foram melhoradas as enfermarias de dia de Vilanculos, Xai-Xai, Gurué, Milange, Polícia Matola e Ndlavela em Maputo, e Hospital Militar e Marrere em Nampula, os CS enumerados no ponto anterior, e foi adquirido equipamento para o efeito.

Prosseguiram acções com vista a aumentar o acesso ao tratamento ARV bem como das doenças oportunistas, até ao final de 2007 inauguraram-se 61 novos sítios, passando o sector a contar com 211 sítios de TARV, tendo sido ultrapassada a meta para 2007, que era de 112 sítios. A meta dos sítios de TARV deverá ser revista para o ano 2009 por ser igual a meta indicada para o ano 2007.

Devido ao aumento do número de unidades sanitárias que fornecem o TARV o número de beneficiários aumentou para 88.211 dos 96.411 previstos no plano, sendo 62% mulheres e 7,04% em menores de 15 anos (MISAU, 2008:9).

Paralelamente à expansão dos serviços do TARV, procedeu-se à elaboração, distribuição e implementação de fichas para recolha de dados nas diferentes componentes do programa. Tendo em vista a actualização/capacitação do pessoal, foram organizados cursos de TARV adulto e pediátrico para Técnicos de Medicina e Médicos. Foram também realizados, um curso de formação em organização das equipas integradas de TARV, a Reunião Nacional de ITS, HIV e SIDA e foi aberto um laboratório Bio molecular (CD4) em Sofala (Beira).

V.2. TIPO E CARACTERÍSTICAS DO TARV DISPONÍVEL

Segundo o Diploma Ministerial nº 183-A/2001, de 18 de Dezembro, os medicamentos anti-retrovirais a serem considerados como prioridade nos esquemas de tratamento serão os genéricos, de preços mais acessíveis, no entanto não deixando de considerar o recurso às especialidades farmacêuticas que façam parte dos esquemas de tratamento considerados obrigatórios.

O Diploma enfatiza que para um melhor controlo do TARV, deve haver uma certa padronização dos esquemas de tratamento a praticar, deixando no entanto alguma margem de manuseio destes medicamentos.

O MISAU refere ainda que a importação dos anti-retrovirais será realizada por empresas especializadas do ramo que sejam representantes no país dos fabricantes, cujos produtos tenham

sido seleccionados e os preços negociados pelo MISAU, no quadro dos esforços internacionais em curso. Os critérios a serem estabelecidos em relação a dispensa de anti-retrovirais, a determinação das farmácias onde estarão disponíveis, aos mecanismos de articulação entre farmácias e a unidade sanitária de referência e ainda ao sistema de monitoria da dispensa e de toma dos medicamentos estará a sob o controle do MISAU.

O mesmo diploma aprova o uso de 16 fármacos em doentes adultos, divididos em três grupos: a) Inibidores Nucleosídicos da Transcriptase Reversa (INTR) – Zidovudine (AZT, ZDV), Lamivudina (3TC), Estavudina (d4T), Didanosina (ddl), Abacavir (ABC); b) Inibidores Não Nucleosídicos da Transcriptase Reversa (INNTR) – Niverapina (NVP), Efavirenz (EFV); c) Inibidores da Protease (IP) – Nelfinavir (NFV), Indinavir (IDV), Ritonavir (RTV).

V.2.1. LOGÍSTICA COMPLETA DO TARV

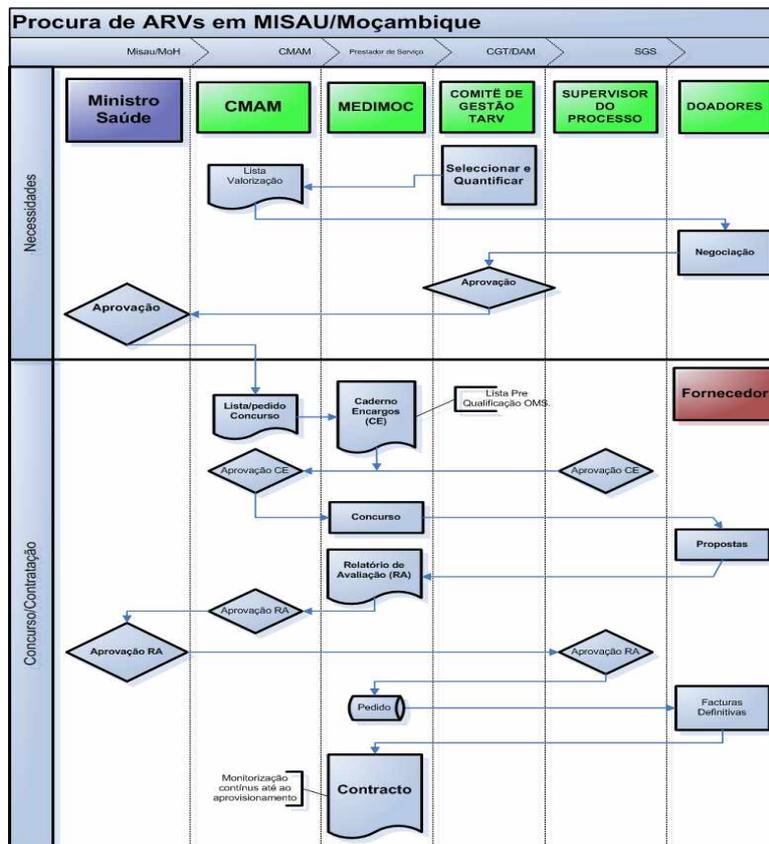
Segundo informação de Setembro de 2005 da Central de Medicamentos e Artigos Médicos (CMAM) o custo de importação de medicamento antiretrovirais da 1ª linha por doente por ano era de 235 USD, e para a 2ª e 3ª linhas por doente por ano o valor passava para 2.752 USD. Com esta base, o custo médio ponderado para a importação dos ARV's em Moçambique naquele ano era de 277 USD, por doente por ano.

O sistema de aprovisionamento dos ARV's em Moçambique ainda é bastante complexo, tendo em conta os mecanismos de procura, financiamento e distribuição dos mesmos à rede sanitária do país. Este processo envolve o Ministro da Saúde, a CMAM, a Medimoc, o Comité de Gestão do TARV (CGT/DAM) entidade inserida na Direcção Nacional de Assistência Médica, SGS como supervisor do processo, os doadores e os fornecedores dos ARV's.

Como ilustra o diagrama sobre a procura dos ARV's em Moçambique, abaixo descrito, este processo inicia com a expressão das necessidades desenhada pelo CGT/DAM e a lista é orçamentada pela CMAM e enviada aos doadores para a negociação do financiamento. Uma vez aprovada esta volta novamente para o CGT/DAM onde é reverificada para consistência caso o doador tenha feito alguns cortes; uma vez aprovada vai ao Gabinete do Ministro da Saúde para sua aprovação final. Depois de aprovada a lista das necessidades, a CMAM inicia o processo de licitação através da solicitação da abertura de concurso à MEDIMOC. A MEDIMOC prepara o caderno de encargos tendo em conta a lista pré-qualificada da OMS e este é aprovado pelo CMAM que autoriza assim à MEDIMOC o lançamento do concurso sob supervisão da SGS. Os concorrentes então são dados prazos para submeterem as suas propostas. Uma vez submetidas as propostas são avaliadas pela MEDIMOC e o relatório de avaliação submetido para aprovação em três instâncias, nomeadamente o CMAM, o Gabinete do Ministro e o Supervisor do Processo. De seguida solicita-se ao (s) fornecedor (es) adjudicado (s) a factura definitiva e assim elaboram-se o (s) contrato (s) que é/são posteriormente assinado (s), para o fornecimento dos ARV's. Este processo pode durar em média entre 6 a 18 meses.

De acordo com os termos do contrato os ARV's são colocados nos armazéns centrais, regionais ou provinciais. A partir dos armazéns provinciais é feito o aprovisionamento aos armazéns distritais e às unidades sanitárias.

A complexidade deste sistema, e os atrasos verificados em diversas etapas de sua execução tem implicações na disponibilização atempada dos medicamentos no país, e no sistema de reposição de stocks, o que ocasionalmente resulta em rupturas de stock registadas para alguns medicamentos imprescindíveis.



Fonte: CMAM/Departamento Farmacêutico/MISAU 2005.

V.3. PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL (PTV)

O problema do SIDA na vertente feminina é deveras preocupante. Devido à vulnerabilidade específica, o risco das mulheres serem contaminadas pelo HIV e SIDA tem aumentado progressivamente em todas as partes do mundo. Neste grupo podem-se identificar grupos e situações de maior vulnerabilidade: em primeiro lugar as mulheres provenientes de meios mais desfavorecidos; dentro destes, as mulheres adolescentes (tanto pela imaturidade do sistema reprodutivo como pela deficiente educação sexual); e as trabalhadoras de sexo e vítimas de violação sexual, entre outras (MISAU, 2008:7).

Partindo destes pressupostos, a prevenção da transmissão do HIV da mãe para o bebé é importante, pois esta determina uma infecção crónica e fatal, que agora pode ser prevenida com a utilização adequada da terapia anti-retroviral.

Em relação à profilaxia anti-retroviral, a ACA VII, mostra que estava previsto que até o fim do ano de 2007, 22.500 mulheres grávidas seropositivas receberiam a profilaxia, na prática, neste período foi cerca de 24.320 mulheres grávidas seropositivas que receberam a profilaxia o que significou que a meta foi atingida e ultrapassada. (veja tabela 2)

Comparando a dinâmica destes serviços no período 2006/2007, observa-se que o número de unidades sanitárias oferecendo PTV em 2007 atingiu 386, contra 222 de 2006, tendo ultrapassado a meta estabelecida para 2007 que era de 250 US's. As mulheres HIV positivas que receberam profilaxia dos ARV's atingiram um total de 24320 em 2007 estando, portanto, muito além das 12.150 mulheres seropositivas abrangidas em 2006. O mesmo se pode dizer em relação à evolução da cobertura do TARV na mulher grávida, onde até Dezembro de 2007 foram cobertas 3647 mulheres contra as 950 até final de 2006. O mesmo tipo de evolução se observa em relação às crianças expostas que receberam profilaxia ARV, crianças testadas aos 18 meses e crianças com resultado Positivo. (Veja tabela 2)

Tabela 2: Indicadores de PTV de 2005 a 2007

Indicadores	2005	2006	2007
US com PTV	82	222	386
Mulheres HIV+	14.193	28.516	43.968
Mulheres HIV+ que receberam profilaxia ARV	7.690	12.150	24.320
Mulheres que iniciaram TARV	554	950	3.647
Crianças expostas que receberam profilaxia ARV	5.439	12.042	26.708
Crianças testadas aos 18 meses	581	1.026	1.976
Crianças com resultado Positivo	86	211	393

FONTE: DNS/MISAU, 2008

TABELA 3: ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS ANUALMENTE NOS SERVIÇOS DE PTV

Ano	2002	2003	2004	2005	2006	2007	TOTAL
Total de grávidas da CPN	5.685	27.437	63.562	158.273	269.084	754.097	1.278.138
Grávidas aconselhadas	S/D	S/D	S/D	S/D	273.634	510.537	784.171
Grávidas testadas	4,641	24.260	46.583	102.116	194.117	372.397	744.114
Grávidas HIV+	951	4.273	6.576	14.193	28,516	43.968	98.477
Grávidas que receberam profilaxia ARV	253	877	3.182	7.690	12.150	24.320	48.472

Grávidas em TARV	NA	53	197	554	950	3.647	5.401
Grávidas (HIV+) que tiveram parto na maternidade	391	1.428	3.002	5.754	20.526	35.204	66.305
Crianças que receberam ARV	328	1.490	3.335	5.439	12.042	26.708	49.342
Crianças testadas aos 18 meses	NA	14	357	381	1.026	1.976	3.754
Crianças com teste HIV +	NA	NA	25	86	211	393	715

FONTE: DAM/MISAU, 2008

A tabela 3 mostra o crescimento sequencial do número de mulheres grávidas que procuram os serviços de PTV, podendo se observar que em todos os aspectos levantados para permitir fazer a ilustração do comportamento das mulheres em relação a este serviço, os números crescem sem excepções. Desde o número de mulheres que já procuram por estes serviços, o número de utentes destes serviços que foram testadas, até ao número de mulheres grávidas em TARV. Assim pode-se observar que em 2002, 253 mulheres grávidas recebiam a profilaxia ARV, que até finais de 2005 cresceu para 7.690, e em 2007 atingiu um total de 24.320 mulheres que recebem a profilaxia ARV.

Em relação à PTV do HIV, como se observa na tabela 3, o ano de 2007 foi marcado pela expansão acelerada destes serviços na consulta pré-natal, na maternidade, consulta pós-parto, consultas de planeamento familiar e consultas da criança em risco. O PES/2007 previa o aumento de serviços de PTV para 250 unidades sanitárias até finais de 2007. Até o final do ano, 386 US ofereciam os serviços de PTV, tendo já sido ultrapassada a meta definida para o período em análise. Nestas US's, foram atendidas 754.097 mulheres grávidas (nas primeiras consultas pré-natais), das quais 372.397 (49.4%) aceitaram fazer o teste de HIV após aconselhamento e 43.968 (11.8%) tiveram resultado positivo.

Embora a leitura das tabelas 2 e 3 acima, evidencie um crescimento dos serviços voltados para a PTV ao longo dos anos chegando esse crescimento muitas vezes a superar as estimativas feitas para os períodos em referência, é importante salientar que os dados apresentados podem não reflectir a realidade actual da situação dos serviços de PTV, em virtude das dificuldades encaradas pelo sistema de saúde em termos de acompanhamento das mulheres que recebem a profilaxia ARV. Esta situação é agravada pelo facto de o próprio sistema nacional de saúde não dispor de indicador que permita visualizar em que medida a profilaxia ARV tem sido efectivamente ingerida pelas mulheres na véspera do parto. Esta dúvida é acrescida pelo facto de que quase metade das mulheres que afluem às CPN's não voltam para dar parto nas US's.

V.4. ATENDIMENTO E TESTAGEM EM SAÚDE (ATS)

O Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) é uma componente fundamental nos esforços do sector de saúde para o controle e prevenção da pandemia do HIV. A estratégia do ATS permite a notificação dos casos de infecção pelo HIV e responder às exigências de aceleração do tratamento anti-retroviral no país. (MISAU, 2007)

Os ATS atenderam 519638 utentes (dos quais 63% foram mulheres) no período de Janeiro a Dezembro de 2007 contra os 401303 em igual período de 2006, representando um aumento de 29,4%. Apesar do crescimento em 29,4% a meta de número de utentes para 2007 (540.000) não foi alcançada tendo sido o seu grau de cumprimento ficado em 92%. O alcance da meta de 2009 é um desafio para o sector, e acredita-se que com o redobrar de esforços, a expansão rápida da Nova abordagem Integrada de aconselhamento em saúde a meta de 2009 venha a ser ultrapassada. (MISAU, 2008: 30)

Em funcionamento, o sector contou em 2007 com 569 ATS, dos quais apenas 412 respondem ao MISAU. As metas de 2007 e 2008 foram já ultrapassadas. Estes serviços incluem os clássicos, os satélites, os SAAJ's e os clínicos (PTV/SMI e PNCTL). (MISAU, 2008:30)

Relativamente aos locais de testagem para o HIV, o ano de 2006 foi marcado por uma mudança na abordagem dos utentes. O processo de substituição do modelo e conceito de GATV em ATS, bem como a integração de programas verticais nos serviços existentes ocorre de forma variável entre províncias e dentro da mesma província. Na prática, tem havido uma confusão entre os conceitos de ATS e GATV, levando a que o novo modelo seja implementado de maneira diferente de acordo com a percepção local que se tem e se constrói do documento. Trata-se de um processo numa fase inicial que não permite avaliar resultados ainda; é um processo em implementação ao mesmo tempo que se está aprimorando a Proposta da Estratégia de ATS recentemente desenhada e os respectivos guiões e manuais.

A introdução do modelo de ATS teve um efeito catalizador no próprio processo de integração de programas verticais com outros de cuidados primários e na potencial expansão e aumento do TARV. A mudança de paradigma permite uma visão e compreensão holística do processo de prestação de serviços. O modelo de ATS está contribuindo para reduzir o estigma existente em relação ao HIV e SIDA, tanto do lado dos técnicos de saúde, como do lado dos utentes. Por outro lado, este modelo facilita o acesso a informação diversa sobre saúde, permite melhorar o sistema de referência e possui um potencial para catalisar a expansão e acesso ao TARV.

Embora se registem vantagens, o processo de implementação do novo modelo confronta-se com vários constrangimentos que limitam o seu potencial de gerar sinergias positivas. Em muitos locais, houve mudança do conceito mas a simbologia usada é ainda a mesma que identificava as GATV, utilizam-se as mesmas infra estruturas que são exíguas e os mesmos recursos humanos

que à partida são escassos. Foi também objecto de reflexão o impacto que a introdução deste modelo está tendo nos níveis de aderência ao teste, sobretudo numa perspectiva de género. Neste aspecto foi constatado que o novo modelo ainda não está tendo impacto no aumento da aderência dos homens aos serviços de teste e aconselhamento.

V.5. COBERTURA E INEQUIDADES NO ACESSO AO TARV POR REGIÕES EM MOÇAMBIQUE

Até Janeiro de 2007, apenas cerca de 15.8% da população que tem necessidade de beneficiar de TARV em Moçambique, é que era coberta pelo serviço. Esta estimativa foi feita pela DAM-MISAU, assumindo que têm acesso ao serviço as pessoas que vivem a cerca de 5Km da US mais próxima. A análise dos indicadores de acesso ao TARV evidencia diferenças regionais no acesso. A nível nacional, a região sul, é a que tem apresentado os mais altos índices de acesso ao TARV, seguida pela região centro e por fim a região norte. Esta análise está restrita ao período até Janeiro de 2007 porque não foi possível obter dados mais actualizados.

Tabela 4: Acesso ao TARV por Região

Região	Jan. 2005	Jan. 2006	Jan. 2007
Norte	<1%	2.40%	5.50%
Centro	1.80%	4.30%	11.10%
Sul	8.80%	13.50%	32.30%
Nacional	3.50%	7.50%	15.80%

Fonte: DAM/MISAU: Janeiro, 2007

À semelhança do que se observa a nível nacional, a introdução do TARV nas províncias também não teve uma cobertura geral imediata, trata-se de um processo ainda em curso, obedecendo a um processo de expansão, que de forma geral parte das capitais provinciais, para as capitais distritais, a avançar para o interior dos distritos. A cobertura das capitais distritais também obedeceu uma sequência de introdução gradual, caracterizada numa primeira fase, pela localização do serviço em lugares onde já existiam algumas intervenções na área do HIV e SIDA, Unidades Sanitárias (US), representações de associações activas no combate ao HIV e SIDA. Desta forma, segundo a informação fornecida pelos entrevistados na maior parte das províncias o TARV é administrado na Capital provincial em mais de uma US, e na maior parte das capitais distritais, fundamentam esta constatação as entrevistas feitas que mostram que em todas as províncias cobertas pelo estudo, à excepção de Sofala, já é administrado o TARV em todas as capitais distritais.

As introduções graduais referidas no parágrafo anterior, dão-nos um cenário caracterizado por diferenças inter e intra regionais, como se vê na tabela 4 que apresenta as diferenças nacionais relativas ao número de pessoas que têm acesso ao serviço de TARV.

A tabela 5 mostra que o acesso tem vindo a crescer ao longo dos anos, a nível nacional observa-se um crescimento de 12.3% de Janeiro de 2005 a Janeiro de 2007, a região sul é a que tem apresentado maiores taxas de acesso ao TARV ao longo dos três anos de referência tendo em

Janeiro de 2007 apresentado uma taxa de 32.3% contra 11.1% do centro e 5.5% do norte, esta última região regista nos três anos as taxas relativamente mais baixas de acesso ao TARV.

Tabela 5: Distribuição Nacional dos Beneficiários do TARV até final de Dezembro de 2007

Província	Unidade Sanitária	Menor de 15 Anos		TOTAL	Adultos		TOTAL
		F	M		F	M	
Niassa	16	39	61	100	909	679	1.579
Cabo Delgado	18	79	82	161	2.047	1.470	3.517
Nampula	25	176	232	408	2.229	1.955	4.184
Zambézia	19	223	241	464	4.336	3.118	7.454
Tete	23	221	209	430	3.790	2.546	6.336
Manica	12	205	219	424	4.271	2.633	6.904
Sofala	24	322	381	703	6.025	3.762	9.787
Inhambane	16	127	115	242	2.590	1.195	3.785
Gaza	17	292	348	640	7.672	3.427	11.099
Maputo Província	17	201	202	403	5.742	3.198	8.940
Maputo Cidade	24	1.104	1.131	2.235	14.774	9.852	24.626
NACIONAL	211	2989	3221	6210	54363	33810	88211

Fonte: DAM/MISAU: 2008

De acordo com os dados da tabela 5, observa-se que até 31 Dezembro de 2007, um total de 88211 pessoas adultas e 6210 pessoas com idades menores de 15 anos, beneficiavam dos serviços de TARV.

Nampula corresponde a província com maior número de US's que prestam o serviço de TARV, tendo um total de 25 US, seguida pelas províncias de Sofala e Maputo Cidade ambas com 24 US's. Manica por sua vez é a província com o menor número (12) de US's que administram o TARV.

A tabela 5 mostra que a Cidade de Maputo é a que abarca o maior número de beneficiários, com 24.626 pessoas adultas e 2.235 menores de 15 anos em TARV. Este facto é, entre outros factores, decorrente da maior concentração, na capital do país, das melhores condições tecnológicas e capacidades laboratoriais, maior número de pessoal formado e ter sido o local onde foi introduzido o TARV em Moçambique, conferindo-lhe uma posição avançada relativamente às outras áreas. A seguir à Cidade de Maputo, a província de Gaza é a que abarca maior número de pessoas que beneficiam do TARV, com um total de 11.099 pessoas adultas e 640 menores de 15 anos.

Segundo a DAM, a boa coordenação das DPS conjugada com outros factores, joga um papel muito importante para os números apresentados nas tabelas. Pois, não basta que hajam ONGs a providenciar os serviços, tendo em conta que na província de Gaza existem apenas duas grandes ONGs fazendo o TARV. Na Zambézia porém, onde tem havido muitas intervenções, existem apenas 7.454 pessoas adultas e 464 menores de 15 anos em TARV.

Niassa é a província com menor número de pessoas adultas em TARV, tendo um total de 1.579 beneficiários.

Outra variável notória na tabela 5, é a do sexo; em todas as províncias do país são as mulheres adultas as que mais beneficiam deste serviço. É certo que na província do Niassa a diferença é relativamente menor com um total de 909 mulheres contra 679 homens que se beneficiam do TARV, mas a Cidade de Maputo com 14.774 mulheres contra 9.852 homens e a província de Gaza com 7.672 mulheres contra 3.427 homens adultos em TARV, apresentam as diferenças mais acentuadas em relação a proporção dos beneficiários desagregadas por sexo. Provavelmente os factores sócio-culturais têm contribuído, para as mulheres terem um comportamento consistente de busca e uso dos serviços de saúde, comparativamente aos homens.

Tabela 6: COMPARAÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS DO TARV EM 2006 E 2007

Província	Número de Adultos em TARV	
	Até 31 de Dezembro 2006	Até 31 de Dezembro 2007
Niassa	725	1.579
Cabo Delgado	1.014	3.517
Nampula	1.882	4.184
Zambézia	3.020	7.454
Tete	3.456	6.336
Manica	3.230	6.904
Sofala	4.697	9.787
Inhambane	1.441	3.785
Gaza	4.313	11.099
Maputo Província	3.119	8.940
Maputo Cidade	17.203	24.626
TOTAL	44.100	88.211

Fonte: DAM/MISAU: Fevereiro, 2008

De acordo com os dados da tabela 6, observa-se que até final de Dezembro de 2007 um total de 88.211 pessoas adultas, contra 44.100 até finais de 2006, beneficiavam dos serviços de TARV.

A tabela mostra que em termos de número de beneficiários, o comportamento não variou muito de 2006 para 2007, tanto que a Cidade de Maputo abarca nos dois anos de referência o maior número de beneficiários com um total de 17.203 até finais do ano de 2006 e 24.626 pessoas adultas em TARV no final do ano de 2007, no entanto, enquanto que em 2006 a província de Sofala era a segunda com maior número de beneficiários destes serviços, em 2007, passou a ser

a província de Gaza com um total de 11.099 beneficiários em TARV contra os 9.787 beneficiários da província de Sofala para o mesmo período.

Apesar do crescimento do número de beneficiários em TARV no ano de 2007, tendo atingido 88.211 adultos e 6.210 menores de 15 anos, como mostram as tabelas 5 e 6, a situação real pode não ser aquela. Para além dos habituais abandonos relacionados com a falta de mecanismos de controle de aderência, decorrente da falta e/ou fraco desempenho dos serviços domiciliários; o próprio sistema de registo de pacientes em TARV (identificação e contabilização do número de pessoas em TARV que morreram ou abandonaram o tratamento) é complexo, fraco e gera problema de inconsistência e falta de fiabilidade nos dados, dificultando deste modo a visualização e o recálculo com exactidão do número de pessoas ainda vivas e em TARV.

De acordo com as constatações do exercício de verificação de dados (*on-site data verification*) realizado no âmbito da 7ª Avaliação Conjunta Anual (ACA VII) do Sector da Saúde relativo ao ano 2007:

o número de pessoas que iniciaram tratamento que subsequentemente morreram ou abandonaram não parece estar correcto nos locais visitados para a elaboração da ACA, resultando numa sub estimação do número de pessoas que já não estão em tratamento (devido a óbitos ou abandonos) e uma sobrestimação do número de pessoas ainda vivas e em tratamento. A triangulação dos dados do TARV das diferentes fontes (Ex. livro de registo de doentes, registos da farmácia, registos de consultas mensais) mostra igualmente grande inconsistência nos dados e sugere uma sobrestimação do número de pessoas em TARV nos locais visitados. Este exercício revelou que o número de pessoas em TARV reportado pelos locais visitados é de qualidade questionável. Embora isto possa não ser representativo de outros locais onde se faz TARV [MISAU, 2008: 12].

Para além dos problemas de registo reportados acima e apesar do aumento de locais oferecendo tratamento, o acesso deste a todos os necessitados continua sendo um desafio maior das estratégias de combate ao HIV e SIDA, e este facto é também manifesto pelas dificuldades do sistema em atingir as metas anuais estabelecidas como ocorreu em 2007 onde a cobertura de 96000 doentes estabelecida no PES 2007 do sector de saúde não foi alcançada. Este acesso, como foi referido acima, é igualmente condicionado para além dos factores do sistema, por aspectos fora do seu controle como a pobreza, as dificuldades resultantes de comportamentos estigmatizantes, as crenças e barreiras sócio culturais, aspectos estes que serão abordados mais adiante neste documento.

TABELA 7: GRAU DE ALCANCE DOS COMPROMISSOS NO ACESSO AO TARV EM 2007

COMPROMISSO	META PARA 2007		REALIZADO PARA 2007		OBSERVAÇÃO
	CRIANÇAS	ADULTOS	CRIANÇAS	ADULTOS	
PARPAII	11 820	não estabelecida	6210	88211	Meta não atingida
Plano Económico e Social(PES) 2007	11820	96420	6210	88211	Meta não atingida

Fonte: adaptado com base no PARPA II e PES 2007

Para a fixação das metas tanto do PARPA II como do PES 2007, patentes na tabela 7, tomou-se em conta que houve aumento da capacidade nacional para o diagnóstico e tratamento do HIV e SIDA. Embora não esteja explícita a meta esperada para os adultos no PARPA II, para o ano de 2007 em termos numéricos, a tabela mostra que não foram alcançadas as metas estabelecidas em ambos os documentos.

Partindo do pressuposto que o PARPA II, foi elaborado antes do PES 2007, reconhece-se que as metas por si estabelecidas poderiam estar menos próximas aos dados reais, relativamente ao PES 2007 que além de ser elaborado anualmente, operacionaliza o programa Quinquenal do Governo, recorrendo para o estabelecimento das suas metas às preestabelecidas no próprio PARPA e outros documentos programáticos como o PEN II, PEN – Saúde, os balanços anuais do PES dos anos anteriores e as Avaliações Conjuntas Anuais do Sector de Saúde.

Apesar dos progressos que se fazem anualmente com vista a aumentar o acesso a tratamento, o os dados e análise sobre apresentada na tabela acima ilustram bem que Moçambique está longe de concretizar os compromissos internacionais por si rubricados. Por exemplo, Moçambique comprometeu-se com vista a uma disponibilização do acesso universal ao tratamento (directiva 6) revista em Genebra pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e a UNAIDS para incluir o acesso universal, e o seu desempenho não evidencia que a curto e médio prazo possa o conseguir assim como atingir o objectivo 6 dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio relativo a redução e inversão do alastramento da doença até 2015 .

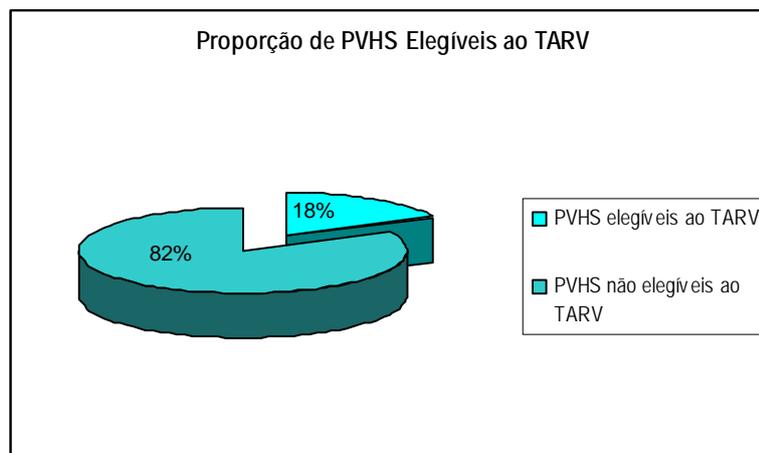
O não cumprimento das metas não é consonante com o objectivo específico 1 do PEN-Saúde 2004-2008 que, embora não defina parâmetros com base em dados estatísticos, defende para o período em referencia "providenciar o TARV ao nível nacional de forma mais equitativa possível" (PES 2004:47). Os dados das tabelas 5 e 6 demonstram que o acesso ao tratamento é ainda marcado por desigualdades regionais e provinciais.

De uma forma geral, concorrem para o fraco alcance das metas e dos compromissos assumidos por Moçambique a acção conjugada de constrangimentos de natureza institucional, social ou individual que são analisados no ponto 5 deste capítulo.

V.5.1. PROPORÇÃO DE PVHS QUE TÊM ACESSO AO TARV

Estima-se que 500 pessoas contraem novas infecções do HIV por dia no país, onde a maioria das novas infecções acontecem entre as pessoas já HIV positivas (reinfecção). Como consequência, calcula-se que o número de novos casos de SIDA venha a atingir 147.492 no ano de 2007 e um pouco mais de 1.7 milhões de pessoas poderão estar infectadas pelo vírus em 2007, principalmente na faixas dos 15 aos 49 anos, onde as mulheres se afiguram as mais vulneráveis. (Conselho de Ministros, 2006: 8)

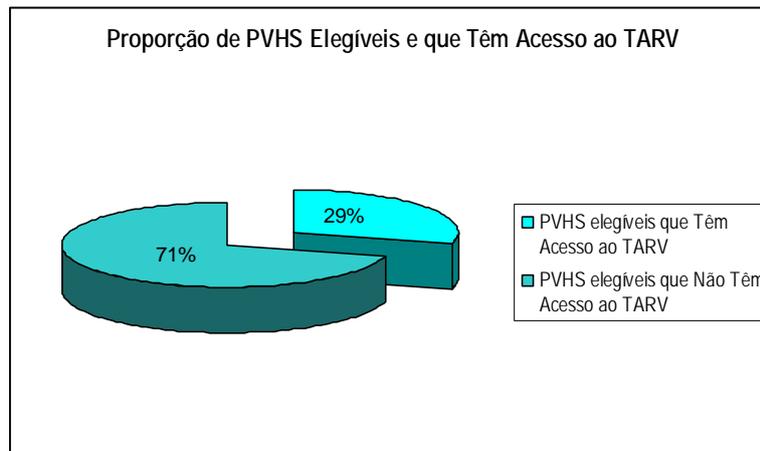
Embora algumas PVHS moçambicanas, por vários motivos, não façam a terapia ARV em Moçambique, tornando difícil a obtenção de uma relação estatística entre os totais de pessoas infectadas que precisam do tratamento e as que beneficiam deste, é possível estabelecer uma relação através das projecções da DAM, que indicam que do total das pessoas projectadas pelo PES acima indicadas consideradas seropositivas em Moçambique, uma parte aproximada de 300.000 pessoas é que precisam de tratamento, e destas, até ao fim do ano passado, apenas cerca de 88.211 recebiam a terapia no SNS. A partir destes dados podemos ter a noção da proporção das pessoas que precisam e das que tem acesso ao tratamento.



Fonte: Produzido com base nos dados da DAM, 2007

O gráfico mostra que do total do número de pessoas projectadas seropositivas até ao fim do ano passado (1.700.000), apenas 18% são consideradas elegíveis ao TARV, contra a maior parte composta por 82% dessas pessoas que apesar de viverem com o vírus ainda não se apresentam em condições clínicas para iniciar a terapia ARV.

Porém nem todas as pessoas estimadas pelo DAM, como sendo elegíveis ao TARV, tem acesso a tal terapia, este facto deve-se a combinação dos constrangimentos apontados neste relatório, que variam de institucionais, sociais até individuais.



Fonte: Produzido com base nos dados da DAM, 2007

Com base no gráfico, é possível constatar que apenas 29% das pessoas infectadas e elegíveis ao tratamento, beneficiam do TARV, contra uma maioria de 71% de pessoas que precisam deste tratamento mas não têm acesso, esta proporção mostra que embora muito trabalho esteja a ser feito para a expansão do serviço para novas áreas, ainda há necessidade de multiplicar os esforços para contornar os obstáculos que poderão estar por trás desta desproporção.

V.5.2. FALTA DE CLAREZA E DIVULGAÇÃO DOS CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE E ACESSO

Apesar da rede pública ter iniciado a administração dos anti-retrovirais, em todas as províncias do país, o acesso e o número de beneficiários é ainda bastante limitado. Actualmente, poucos dos funcionários públicos e cidadãos em geral, que têm conhecimento do sistema de provisão de anti-retrovirais gratuitos pela rede pública são elegíveis para a terapia.

Entre os critérios de elegibilidade para o acesso à terapia contam-se a capacidade de provar que o candidato reúne “mínimas condições” de seguimento e adesão, como dispor de recursos para suportar as despesas de tratamento (de infecções oportunistas) e controle biológico contínuo, alimentação adequada, transporte, endereço fixo, de modo a comparecer às consultas regulares de controle.

Os profissionais da saúde, eventualmente infectados no exercício das suas actividades profissionais, estariam entre as categorias elegíveis para o tratamento, primeiro de profilaxia pós-exposição e/ou tratamento anti-retroviral nos casos em que a exposição degenera em infecção. Por outro lado, obviamente, por serem funcionários públicos também estariam abrangidos nos outros critérios que incluem os funcionários públicos, além de que, até ao momento, também fazem parte do relativamente restrito número de pessoas bem informadas sobre o início da terapia nos hospitais públicos.

As pessoas infectadas e que já estavam em tratamento nas clínicas privadas e ou no estrangeiro também são consideradas elegíveis para o tratamento dentro da rede pública. Considerar os utentes dos serviços privados de tratamento anti-retroviral elegíveis para o acesso à rede de serviços públicos, visaria estimular a redução de deslocações desses utentes para o estrangeiro em busca de tratamento, o que implicaria em redução de custos, e assegurar que haveria uma monitoria dos sistemas de tratamento e controle de possíveis casos de criação de estirpes de vírus mais resistentes (Boletim da República, 2001).

O processo de divulgação do início da introdução da terapia anti-retroviral foi feito de forma bastante cautelosa, quase silenciosa, em função do dilema de anunciar que o programa que havia sido oficialmente desencadeado no país era de muito limitado alcance, além de privilegiar as camadas relativamente mais prósperas da sociedade, e com maior acesso à informação, deixando de fora a maior parte da população. A expansão progressiva dos programas para as diferentes províncias e a massificação do acesso são desafios colocados nas estratégias e propostas de cooperação do MISAU com instituições como a Fundação Clinton, Banco Mundial, Fundo Global e outros fundos.

A timidez do anúncio da introdução dos anti-retrovirais também vinha acompanhada com reflexões receosas nas quais se previa que se a mensagem da disponibilidade dos anti-retrovirais fosse amplamente divulgada, poderia surtir o efeito de as populações relaxarem nos comportamentos e baixar a guarda nas acções de prevenção, podendo com isso, agravar os índices de infecção. Nessa perspectiva, pensava-se que a mensagem voltada para informar ao público que “a SIDA não tem cura”, não seria mais levada tão ao pé da letra pelas populações.

V.5.2.1. CRITÉRIOS CLÍNICOS

Existem normas e guiões de orientação e caracterização dos critérios clínicos de acesso à Terapia Anti-Retroviral. Assim, a admissão ao tratamento passa pela estrita observância dos critérios laboratoriais e clínicos.

A maioria dos entrevistados entende que o critério clínico é principal critério a ser seguido para ter acesso ao TARV e, segundo o entendimento dos entrevistados, este consiste no aconselhamento, seguido de teste, medição das células CD4, com ênfase para a afirmação de que o CD4 baixo indica a necessidade urgente para ter acesso ao TARV, e após uma entrevista com um médico, este delibera a aplicação ou não do TARV.

O Diploma Ministerial nº 183-A/2001, de 18 de Dezembro, estabelece os critérios clínicos ou biológicos, de acordo com a recomendação da OMS e da ONUSIDA. E define o caso de SIDA com base em critérios da OMS e do CDC, e exames laboratoriais mínimos, tais como CD4, CD8, CD4:CD8, Carga Viral, Logaritmo da Carga Viral, Hemograma, Glicemia, Creatinínemia, Transaminases, GGT, Amilase, e Lípidos.

V.5.3. ADVOCACIA E MOVIMENTO DA SOCIEDADE CIVIL PARA O ACESSO AO TARV

O objectivo principal da advocacia para o acesso ao tratamento é de efectuar mudanças de políticas a nível local, nacional, regional e, até certo ponto, internacional, para assegurar que existe acesso para mais pessoas receberem tratamento de HIV e SIDA (MATRAM, 2006).

Um dos maiores desafios para a eficácia dos programas de combate ao HIV e SIDA em Moçambique é um maior e mais eficaz envolvimento da sociedade civil, porque o HIV e SIDA não pode ser tomado como um problema exclusivo do Governo ou das pessoas infectadas ou afectadas pelo HIV e SIDA. Nesta âmbito o MISAU no Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS, HIV e SIDA no Sector de Saúde 2004-2008, desenvolveu a proposta de estratégia de envolvimento comunitário para orientar acções concernentes ao envolvimento e participação da comunidade na prestação de cuidados de saúde ao nível da comunidade.

Em 1996, foi criada a Kindlimuka, a primeira associação de PVHS (MONASO, Meditar, 2006: 14), de seguida, várias outras associações foram surgindo nas diversas regiões do país. Estas associações de PVHS, e outras associações têm contribuído por meio de campanhas, para a divulgação da lei 5/2002, tem promovido debates sobre a não discriminação às PVHS, divulgação da informação para o acesso ao TARV, aconselhamento e sensibilização sobre os serviços associados à TARV.

Em 2004, com o surgimento do Movimento Social de Moçambique constituído por pessoas singulares e organizações que se dedicam à mobilização das comunidades, líderes políticos e todos os sectores para garantir o acesso ao tratamento incluindo com os ARV para PVHS em Moçambique (MATRAM), que tinha a missão de realizar acções de advocacia junto aos detentores de poder de decisão para o acesso ao tratamento, mobilizar a comunidade para combater o estigma e discriminação, participar e estimular os processos de responsabilização do governo e suas instituições nos programas das PVHS, foram intensificadas as acções de advocacia em prol do tratamento e protecção das PVHS, promoção da educação e consciencialização sobre o TARV, e ainda começaram a desenvolver-se junto ao Governo planos de tratamento anti-retrovirais e de cuidados das PVHS.

Este movimento, veio contribuir para a promoção da consciencialização e educação da sociedade civil e das comunidades sobre o acesso ao tratamento anti-retroviral das pessoas vivendo com HIV e SIDA.

O MATRAM desde a sua criação já realizou várias acções de acordo com o seu plano de actividades, das quais se destacam:

- A participação no lançamento em Novembro de 2005 da primeira fase da campanha sobre os direitos humanos a destacar “Direitos Humanos e Acesso ao Tratamento para HIV e SIDA uma Urgência Nacional” que se estendeu pelo período de 2005-2006, e consistiu

em acções de advocacia junto ao Governo e aos parceiros de cooperação para que a meta estabelecida na Declaração de UNGASS fosse cumprida;

- A participação, em Dezembro de 2006, em coordenação com a MONASO e outras ONGs da Sociedade Civil, no relançamento da campanha de direitos humanos e acesso ao tratamento no contexto do HIV e SIDA, com ênfase na educação sobre o tratamento. Neste sentido, as organizações da sociedade civil filiadas à MONASO, olhando para o seu dever de participação efectiva na luta contra o HIV e SIDA, decidiram desenvolver em conjunto uma campanha voltada para a questão dos direitos humanos e acesso ao tratamento;
- De 20 a 25 de Maio de 2007 o MATRAM liderou as comemorações da semana global de acesso ao tratamento;
- Em Agosto de 2007, realizou uma formação da região sul, em Xai-Xai sobre “Educação ao Tratamento” através de uma série de vídeos produzidos por si e pelo Community Health Media Trust (CHTM);
- Actualmente, desenvolve actividades lançadas no âmbito da campanha de Novembro de 2006, estando a capacitar organizações membros da zona sul do país, em matéria de educação para o tratamento através de uso de vídeos.

O MATRAM abrange vários áreas do país com destaque para os lugares onde existem hospitais de dia, comunidades e organizações de pessoas vivendo com HIV e SIDA e simpatizantes.

As acções levadas a cabo pela MONASO, MATRAM e outras ONGs da Sociedade Civil, para o acesso ao tratamento conseguiram alcançar alguns resultados que merecem destaque, tais como:

- A expansão do tratamento de ARVs para todas as províncias do país e respectivas sedes distritais;
- Inclusão do tratamento com ARVS para o primeiro plano como a prevenção e mitigação do impacto.

Uma das formas do reconhecimento dos feitos do MATRAM foi o convite feito pelo MISAU para a sua participação em encontros técnicos da DAM, e pelo CNCS para o fórum dos parceiros do CNCS.

Além da MATRAM e da MONASO, várias outras organizações da sociedade civil tem intervenções voltadas para a promoção dos direitos e acesso aos serviços de saúde. Segundo os entrevistados, algumas organizações têm trabalhado na área de advocacia, sendo de destacar o papel da Liga dos Direitos Humanos, dos sindicatos, alguns parceiros do NPCCS, que advocam para o acesso ao TARV.

As ONG's promovem a formação de activistas em advocacia nos distritos para capacitar as pessoas em TARV com ferramentas para poderem defender os seus direitos nas diferentes áreas de actividades. De acordo com os depoimentos:

- *"Para os membros da MONASO, por exemplo, está programada uma formação em Direitos Humanos, ainda não temos exemplos concretos porque este é o 1º ano em que se promove esse tipo de formação para a capacitação dos seus membros para defenderem os seus direitos ou de outrem. Tem havido, ainda, desfiles de PVHS's para a exigência dos seus direitos." (MONASO, Zambézia)*
- *"Houve uma grande manifestação feita pela MONASO onde reivindicavam a expansão do TARV para as áreas rurais e penso que vai surtir bons efeitos, pois algo ficou no seio da comunidade, as pessoas já sabem que tem algum direito." (Okaliana, Nampula)*

A Ecosida tem desempenhado um papel importante na advocacia para os trabalhadores do sector privado terem acesso ao TARV.

- *"Nós procuramos buscar soluções para as empresas fazerem troca de prestação de serviços para reforçar a administração do TARV. Por exemplo nos casos em que uma empresa tem posto de saúde mas não tem equipamento para fazer o teste da carga viral dos seus funcionários, nos fazemos lobby's para que uma ONG que dispõe deste material facilite a testagem dos funcionários daquela empresa em troca de um outro serviço a ser prestado pela empresa à ONG de forma que ambas saiam a ganhar." (Ecosida, Maputo)*

As ONGs têm um papel de fazer lobby e advocacia junto aos parceiros nacionais e internacionais, com vista a captação de fundos para alimentar as CBOs.

- *"As ONGs devem influenciar o sector de saúde e os parceiros a capacitarem as CBOs de PVHS, de modo a integrá-las no sistema e administração do TARV em coordenação com o sector da saúde." (ELAPO, Cabo Delgado)*

Entretanto, além da advocacia que as organizações da sociedade civil realizam a um nível mais abrangente, existe uma dimensão de actuação operacional das organizações da sociedade civil que é bastante relevante para a orientação das pessoas que precisam aceder aos serviços já disponíveis, e que em muitos casos também são sub utilizados.

Destaca-se o caso do depoimento do coordenador da MONASO-Zambézia em que se referia ao papel dos activistas e conselheiros comunitários, no incentivo às pessoas para fazerem os testes e eventualmente aceder ao TARV. Esta medida, é parte das estratégias adoptadas a nível local para combater o estigma e estimular o acesso e aderência ao TARV e outros serviços de saúde relevantes.

Embora os entrevistados que se beneficiam dos serviços sejam na maioria dos casos membros de associações e, portanto, muitos deles sejam activistas e conheçam com clareza os procedimentos para ter acesso aos serviços, maior parte deles afirmou que estes não estão claros para a sociedade em geral. De acordo com os depoimentos:

- *“Há muita informação centralizada nas cidades, nos distritos pouco se sabe sobre o TARV.” (Fórum de ONGs, Sofala)*
- *“Falta de divulgação do Tratamento nos escalões mais baixos dos profissionais de saúde e a nível das comunidades.” (NPCS, Gaza)*
- *“Mesmo aqui em Quelimane onde os recursos são acessíveis, as vezes é difícil, porque os procedimentos não estão claros, no meio rural as vezes os doentes tem muitas dificuldades de chegar aos hospitais rurais que são os lugares onde se administra o TARV, como poderão então ter acesso a informação?” (Associação Esperança, Zambézia)*

No entanto, o surgimento de novas associações sejam elas de PVHS ou não, e o alastramento das suas acções para as comunidades do interior dos distritos foram apontados como factores que vem contribuindo para reverter o cenário acima descrito.

- *“Já se observam alguns avanços graças às associações de PVHS e de vários grupos de apoio, canais de televisão e rádio. As pessoas, mesmo nos casos em que não conhecem claramente os critérios para aceder aos serviços, sabem a quem procurar para adquirir informação relativa a esses critérios.” (Kindhimuka, Maputo)*
- *“Há falta de informação sobre o que acontece ao paciente quando chega ao HDD. Muitos querem ter o tratamento na hora como seria feito no caso de uma dor de cabeça, sobretudo quando entram em contacto com outros pacientes a quem já está a ser administrado o TARV. Há também necessidade de traduzir a informação disponível em todas as línguas locais.” (Médicos Mundo Portugal, Sofala)*

V.5.4. PARCERIA ENTRE O GOVERNO E SOCIEDADE CIVIL NA ADMINISTRAÇÃO DO TARV

A promoção da responsabilidade social e o desenvolvimento de parcerias em prol da Saúde, com a intervenção de ambos sectores público e privado (Declaração de Jacarta, 1997) são reconhecidos de forma crescente como factores críticos de sucesso para o fomento da Saúde e do bem-estar. O MISAU através do Diploma Ministerial nº 40/2003 de 2 de Abril, sobre os Mecanismos de Parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e o Sector Privado de Fins Não Lucrativos, estabelece as regras e limites de parceria entre estas duas entidades.

Este diploma estabelece os seguintes princípios: a) *O Princípio de Complementaridade*, que se traduz na articulação entre o MISAU e as pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos no processo de criação e estabelecimento de instituições ou unidades sanitárias próprias que prestem cuidados de saúde, de acordo com as normas e legislação aplicáveis e no apoio do Governo em recursos humanos, materiais e financeiros para o funcionamento dessas unidades; b) *O Princípio da Colaboração*, que consiste na possibilidade de as pessoas colectivas privadas sem fins lucrativos usarem a título oneroso ou gratuito os recursos existentes nas unidades sanitárias da rede do Serviço Nacional de Saúde ou participar na gestão das unidades sanitárias da mesma rede. O presente diploma estabelece estas regras sob o ponto de vista de prestação de cuidados de saúde. No entanto existe outro tipo de parceria que se pode estabelecer com este tipo de organizações que é a de apoio ou reforço institucional, em que algumas organizações prestam serviços de assistência técnica ao MISAU ou Serviço Nacional de Saúde.

A epidemia do HIV tem, de maneira jamais vista, mobilizado esforços e iniciativas de um vasto leque de agentes, desde as mais pequenas organizações comunitárias passando por entidades mais visíveis como Organizações Não-Governamentais (ONG) e outros tipos de associações. Estes esforços e iniciativas têm exigido do Governo o entusiasmo e envolvimento críticos para o sucesso daqueles empreendimentos. No entanto, embora em alguns, poucos casos, existam entendimentos profundamente formalizados, o relacionamento entre as organizações da sociedade civil e o governo é frequentemente informal, e por consequência irregularmente formulado, advindo daí perturbação para o funcionamento de ambas partes, e perdendo-se oportunidades para o crescimento tanto humano como institucional que seria de desejar.

Assim, é pertinente o desenvolvimento de instrumentos e parâmetros para a formalização das relações entre o Serviço Nacional de Saúde, SNS (representado pelo Ministério da Saúde), o Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS) e as Organizações Não-Governamentais, no âmbito do combate ao HIV e SIDA. O SNS na qualidade de beneficiário de intervenções ligadas ao combate da infecção pelo HIV, ao CNCS na qualidade de agência de financiamento e de coordenação de todas as actividades de combate ao SIDA, e à ONG na qualidade de implementadora de intervenções de combate ao SIDA. E seriam partes do acordo os cuidados de Saúde identificados como necessários e suficientes para o diagnóstico, tratamento e profilaxia da infecção pelo HIV e ITS's, para a terapia de infecções oportunistas e para o atendimento domiciliar.

V.5.5. CONSTRANGIMENTOS PARA O ACESSO E ADEÇÃO AO TARV, E OUTROS SERVIÇOS DE SAÚDE

No início da prestação do serviço de TARV, os constrangimentos para o acesso e adesão ao TARV, eram de ordem político institucional, pois o governo ainda tinha uma fraca sensibilidade perante a epidemia, os HDD ainda não estavam institucionalizados, havia indiferença social dos líderes comunitários e uma fraca sensibilidade dos médicos e outros trabalhadores da saúde, além desta limitação, destacavam-se também as limitações de ordem financeira, devido ao baixo orçamento geral do estado para a compra de medicamentos e reagentes.

A acessibilidade dos serviços de saúde, particularmente os específicos ao HIV e SIDA, constituem um obstáculo para o combate desta doença em Moçambique, um grande obstáculo para o acesso tem sido as longas distâncias que a população tem que percorrer das suas casas até a US mais próxima (MISAU-DNS, 2001).

Na actualidade, diversa ordem de constrangimentos afectam a ampliação da disponibilidade, acesso, qualidade e adesão aos serviços de TARV e PTV administrados em Moçambique, destacando-se os constrangimentos de natureza institucional, sócio económica e individual.

Para a análise dos constrangimentos de natureza institucional, levantam-se problemas de ordem geográfica, política, relativa à capacidade, habilidade e às infra-estruturas disponíveis. Os de natureza sócio-económica, são relativos aos preconceitos, dinâmicas, pobreza, condições sociais e ao charlatanismo. Por último, destacam-se os constrangimentos de natureza individual que referem-se aos problemas psicológicos, de aversão e de ignorância; porém estes constrangimentos distintos acima referidos, estão mutuamente interrelacionados.

V.5.5.1. CONSTRANGIMENTOS INSTITUCIONAIS

É importante destacar aqui os efeitos que tem a relação que se constrói entre e equipa de profissionais da saúde com o paciente e sua família. Um ambiente acolhedor, confortável e horários convenientes são motivações importantes para que os pacientes continuem no programa de tratamento (MISAU, 2004:6).

Outros factores ligados ao sistema podem desmotivar a aderência: fornecimento descontínuo de cuidados, falta de formação do pessoal, rupturas de stock de medicamentos, condições deficientes das infra-estruturas (MISAU, 2004:6).

Em relação aos obstáculos do sistema, os entrevistados apontaram desde as barreiras geográficas até as infra-estruturas. Segundo os depoimentos, os baixos incentivos para o pessoal da saúde, faz com que estes exerçam mal as suas funções e que conseqüentemente estejam susceptíveis a todo e qualquer tipo de suborno, desde atender primeiro os que tem melhores condições económicas até a quebra de sigilo em relação ao estado de saúde dos utentes. Este problema foi levantado por vários entrevistados em todas as províncias em estudo apontando a quebra do sigilo em relação ao estado de saúde dos doentes como um dos grandes motivos para o abandono dos serviços.

A falta de recursos humanos e materiais qualificados e preparados para tratar de casos específicos como o HIV e SIDA e a questão das distâncias foram considerados grandes obstáculos pelos entrevistados. Tendo, estes, referido que o facto de muitas US localizarem-se próximo às cidades capitais e capitais provinciais, deixando um grande vazio ainda por preencher no interior dos distritos, deixa grande parte da população sem acesso a estes serviços.

A barreira geográfica, contribui para a existência das longas filas que se observam nas portas das US, com múltiplos exemplos de desistência e de abandono, por falta de acesso.

V.5.5.2. CONSTRANGIMENTOS SOCIAIS E ECONÓMICOS

Alguns estudos demonstraram que o nível socioeconómico pode dificultar a aderência ao tratamento em alguns grupos populacionais. Pobreza, analfabetismo, condições de vida instáveis, custo do transporte, crenças culturais sobre a doença, etc. são factores que dificultam a aderência (MISAU, 2004:6).

Em relação aos preconceitos desta natureza, os entrevistados, apontaram desde os preconceitos até ao charlatanismo. Entretanto, a maior barreira referida pelos entrevistados, neste grupo de constrangimentos, foram os preconceitos em relação as PVHS, onde muitos falaram dos efeitos do estigma e discriminação. Segundo os inquiridos, o estigma e a discriminação constituem um grande problema, porque as pessoas com receio de serem discriminadas optam por não frequentar as US em busca de tratamento, ou preferem procurar US distantes do seu local de residência, o que também é uma prática pouco viável para o caso de TARV que requer idas constantes à US, quando não é possível deslocar-se para a cidade vizinha por vários motivos, como trabalho por exemplo, o doente fica um período sem ter acesso ao medicamento e pode desenvolver resistência no organismo em relação a dosagem receitada pelo médico. Ainda em relação aos preconceitos, algumas entidades entrevistadas em Gaza e Cabo Delgado, mencionaram os mitos e tabus das comunidades como sendo barreiras para o acesso ao tratamento. De acordo com os depoimentos:

- *“O problema é que o HIV e SIDA sempre foi abordado de forma muito dura, as mensagens eram sempre muito assustadoras e as pessoas já tem um preconceito em relação a transmissão da doença associando-a na maior parte dos casos com a prostituição com a libertinagem, tendendo a afastar-se das PVHS, e as abordagens mais recentes que visam desmistificar as formas de transmissão da doença, ainda não estão propagadas o suficiente no seio da sociedade.” (Concern, Zambézia)*
- *“Reduz a aderência o facto de muitas pessoas deslocarem-se para as US mais afastadas das suas residências com medo de serem reconhecidas” (US, Maputo)*
- *“As pessoas têm medo de ser descobertas e ser discriminadas, e o facto de não existir sigilo por parte dos agentes de saúde contribui muito para a não aderência ao tratamento, ou*

algumas pessoas preferem ir fazer o tratamento longe dos seus locais de residência habitual.” (Okaliana, Nampula)

- *“A forma como o serviço está estruturado permite que as PVHS sejam identificadas e pelo medo do estigma estas não vão às US.” (Geração Biz, Gaza)*
- *“...tivemos um caso de um enfermeiro que trabalhava num distrito aqui da província e teve de ser transferido da unidade sanitária porque era muito magro e alguns membros da população diziam que ele era seropositivo e pararam de frequentar a unidade sanitária e, dos que frequentavam, ninguém queria ser atendido pelo respectivo médico. Visto a situação de mal-estar que se criou a solução foi transferir o enfermeiro para outro distrito ” (Okaliana, Nampula)*

Os preconceitos em relação à convivência com pessoas seropositivas, por vezes leva a tomada de medidas extremas para com este grupo de pessoas, estas medidas muitas vezes atentam contra os direitos humanos em geral e os direitos das pessoas vivendo com o HIV e SIDA, de uma maneira específica.

Maior parte dos comentários e informações relativas aos aspectos de violação dos direitos esteve associada ao cumprimento da Lei 5/2002, que protege o trabalhador vivendo com o HIV no local de trabalho. De acordo com os entrevistados, o estipulado na Lei não está a ser cumprido.

Recorrendo aos artigos 5º e 6º da Lei 5/2002, quando consideram que os trabalhadores vivendo com HIV e SIDA, gozam do direito a confidencialidade sobre a sua condição de seropositivos no local de trabalho ou fora dele e que nenhum trabalhador deve ser obrigado a informar ao seu empregador relativamente ao seu ser status, pode-se considerar verídicas as afirmações dos entrevistados segundo as quais tem sido violados os direitos das pessoas no local do trabalho a partir do momento em que têm acontecido muitos casos em que as pessoas são pressionadas pela entidade empregadora a dizer porque é que pedem para ausentar-se para procurar os serviços de saúde com uma certa frequência. Segundo os mesmos entrevistados, caso não seja clara a explicação, corre o risco de perder o emprego. O que significa que indirectamente os trabalhadores são obrigados a revelar o seu estado de saúde ou perdem o emprego.

- *“Existem casos de pessoas que são obrigadas a quebrar o seu direito de sigilo em relação ao seu estado de saúde, para manter o seu lugar na empresa. Por exemplo conheci um professor que dava aulas longe de casa e quando a doença já não lhe permitia andar longas distâncias, para ter a transferência para perto de casa, foi obrigado a revelar o verdadeiro motivo, que era a sua condição HIV+ para não ser expulso e poder continuar a trabalhar.” (Concern, Zambézia)*

Com enfoque, relativamente menor, os entrevistados apontaram para o charlatanismo como uma barreira para o acesso ao tratamento moderno, devido a credibilidade que algumas pessoas depositam na medicina tradicional. Alguns doentes procuram a cura para as suas doenças na

medicina tradicional, uma vez que alguns médicos tradicionais intitulam-se conhecedores da cura para várias doenças inclusive o HIV e SIDA.

✦ *“As pessoas relacionam o HIV e SIDA ao feitiço o que os leva a recorrer aos curandeiros uma vez que consideram que as doenças relacionadas com feitiçaria só podem ser tratadas tradicionalmente.” (HDD, Cabo Delgado)*

Apesar de os entrevistados terem mencionado várias situações que contingencialmente tem implicações na quebra de sigilo em relação ao serostatus no local de trabalho, bem como situações de charlatanismos perpetradas por alguns praticantes da medicina tradicional, um equilíbrio na análise e na implementação de políticas que abarquem estes aspectos precisa ser encontrado.

A introdução de programas e políticas de combate ao HIV e SIDA no local de trabalho, pode representar uma mais valia e uma base sólida de aliança e orientação das pessoas vivendo com o HIV e SIDA, e que precisam aceder aos serviços de cuidados de saúde, que possam vir a fazê-lo com o apoio da entidade empregadora. Por outro lado, os praticantes da medicina tradicional já demonstraram em várias circunstâncias, um potencial de contribuição valiosa no contexto do HIV e SIDA, especialmente se tivermos em conta que a realidade moçambicana é caracteriza por um atitude pluralista de busca de cuidados e serviços de saúde, e que as pessoas nem sempre satisfazem as suas demandas por saúde, no âmbito das instituições da medicina moderna ocidental.

A Associação de Promoção da Medicina Tradicional (PROMETRA) tem dado o seu contributo na problemática do HIV e SIDA. Para isso desenvolve actividades de pesquisa sobre a eficácia da medicina ervanária africana no tratamento de seropositivos. Para além disso desenvolve estudos sobre microbicidas baseadas em plantas medicinais

V.5.5.3.. CONSTRANGIMENTOS DE NATUREZA INDIVIDUAL

Os conhecimentos e percepção do paciente no que diz respeito à doença, a confiança em si próprio e no controle da doença, as expectativas sobre o tratamento e as consequências de uma baixa aderência influenciam definitivamente no engajamento do doente na continuação do tratamento (MISAU, 2004:7).

Vão actuar negativamente sobre o cumprimento do plano terapêutico factores tais como stress, ansiedade, conhecimentos insuficientes ou inadequados sobre o tratamento, pouca informação sobre a doença ou os riscos de não aderir os cuidados, baixa auto-estima, receio, incapacidade de controlar a doença, não-aceitação da doença, temor e dependência. Especificamente factores tais como depressão, stress e a maneira como o paciente maneja o stress, ou a utilização de substâncias tóxicas são fortes predictores negativos para a aderência (MISAU, 2004:7).

As barreiras individuais identificadas nas entrevistas efectuadas para este estudo, apontaram para esta categoria alguns problemas psicológicos como barreiras para a adesão ao tratamento, segundo os dados das entrevistas as pessoas têm vergonha de ser HIV+ e nalgumas vezes auto estigmatizam-se e discriminam-se, porque tem sempre em mente que são diferentes dos outros e não podem conviver com eles. Os depoimentos que se seguem apontam na mesma direcção:

- *“Nós as pessoas é que não aceitamos o tratamento por causa do auto-estigma.” (TDM, Gaza)*
- *“Existe também um processo de auto estigmatização dos seropositivos, sobretudo os dos estratos sociais mais altos. Para esses casos já se pensou que o TARV pode ser acoplado às clínicas nocturnas, já existentes.” (Médica-Chefe Provincial, Sofala)*
- *“A minha cunhada acabou morrendo de SIDA, por causa deste problema, veja que ela sempre que se cruzava comigo ficava revoltada comigo, não conversava direito comigo. Assim a partir da altura que me apercebi eu tentava falar com ela sobre o assunto e ela dizia que eu não gosto dela porque é pobre e que no seio da família ninguém gostava dela. E ela morreu a dizer que não tinha SIDA mas que andava cansada porque trabalhava muito.” (LDH, Cabo Delgado).*

Foram também levantados alguns obstáculos relativos à aversão, pois alguns entrevistados falaram do medo que se instala nos utentes dos serviços quando deparam com efeitos colaterais violentos dos medicamentos, o que os leva, em alguns casos, a abandonar o tratamento por medo das consequências. O medo aqui referido não se restringe apenas aos efeitos dos medicamentos, mas também ao medo que as pessoas têm de assumir o seu estado de saúde, de forma que em alguns casos perdem a oportunidade de ser apoiados pelos seus próximos. Nessas circunstâncias, uma pessoa HIV+ quando não tem alguém de confiança no seio da sua rede familiar e de amigos, com que possa partilhar informações importantes sobre a sua saúde, muitas vezes por receio do estigma e discriminação, acaba também não dispendo de uma estrutura de apoio, por exemplo para controlar a hora recomendada para tomar a medicação e, nessas circunstâncias, este receio de assumir o seu estado leva ao não cumprimento da medicação na íntegra porque, o doente quando está acompanhado opta por não tomar os comprimidos para não ter que revelar o seu estado. Alguns dados decorrentes das entrevistas apontam nessa direcção:

- *“Fraqueza provocada pelos ARVs, os diferentes efeitos secundários provocados pelos medicamentos provocam o desânimo e consequente desistência de muitos.” (Aro-Moçambique, Nampula)*
- *As pessoas que passam pelo aconselhamento pré-TARV aceitam a sua condição e concordam em aderir ao medicamento mas o que tem acontecido é que essas mesmas pessoas ao chegarem no seu domicílio não se abrem com o parceiro o que influencia negativamente no cumprimento das regras de toma dos comprimidos, este que é um dos factores que faz a com que a pessoa abandone o tratamento.” (HDD, Cabo Delgado)*

A falta de informação também constitui uma barreira para a adesão ao tratamento, algumas terapias como o TARV e PTV, requerem um alto nível de preparação pessoal de forma que é imprescindível um aconselhamento, prévio, intensivo das pessoas que estão em tratamento. Entretanto, segundo as informações decorrentes das entrevistas, existem casos em que o aconselhamento nas US tem sido feito por pessoas que não estão preparadas o suficiente para fazer este tipo de trabalho. Por isso é que algumas pessoas desistem ao sinal dos primeiros efeitos colaterais dos medicamentos, outros desistem ao se sentirem melhores, outros ainda não voltam depois de receber o primeiro lote de comprimidos, entre outros casos de desistência que se observam por as pessoas não saberem exactamente como é o tratamento ao qual estão a aderir.

Uma das maiores barreiras apontadas ao nível socio-económico e individual foi a pobreza, uma vez que na maior parte dos casos os entrevistados afirmaram que a falta de uma dieta alimentar adequada para suportar as exigências dos medicamentos, provoca o abandono do tratamento proporcionado pelos serviços de saúde. Segundo os entrevistados:

- *“Uma das principais causas de abandono ao TARV relacionam-se com a falta de alimentos, pois, as pessoas alegam que os medicamentos são fortes e tem provocado fortes reacções ao organismo, estragam a pele e o cabelo quando a pessoa não come direito” (Coordenadora Medicus Del Mundo, Cabo Delgado).*
- *“A pobreza faz com que valorizemos mais a ida a machamba do que a ida a US.” (Associação Kewa, Zambézia)*
- *“A desistência ao tratamento é causada pela falta da componente de nutrição.” (MONASO, Sofala)*
- *“Porque o medicamento é muito forte...exige que as pessoas se alimentem bem, por vezes as pessoas não trabalham e não tem meios de se alimentar bem, logo a pessoa prefere não tomar o medicamento porque cria fome.” (MONASO, Cabo Delgado)*

De uma forma geral, os entrevistados declararam como principais constrangimentos individuais a auto-estigma, a aversão que está fortemente relacionada com o medo e com a falta de informação relativa aos possíveis efeitos colaterais dos ARV no organismo do doente.

VI. INICIATIVAS DE PREVENÇÃO

VI. 1. PRINCIPAIS ACTIVIDADES EM CURSO

A componente de prevenção constitui um dos primeiros e principais pilares da resposta ao HIV e SIDA em Moçambique, sendo no entanto a sua consideração para esta análise da situação imprescindível. As principais intervenções na área de prevenção a pandemia em Moçambique identificadas pela análise estão essencialmente viradas para:

- ➔ Redução da transmissão sexual;
- ➔ Redução da transmissão nas unidades sanitárias;
- ➔ Aconselhamento e Testagem de Saúde (ATS);
- ➔ Promoção de iniciativas viradas a grupos sociais específicos como os Serviços de Amigos para Adolescentes e Jovens (SAAJs); e
- ➔ Prevenção da Transmissão Vertical (PTV).

As acções de redução da transmissão sexual constituem o paradigma hegemónico das intervenções de prevenção à pandemia e incluem a promoção de sessões de IEC (Informação, Educação e Comunicação) com vista a mudança de comportamentos, diagnóstico e tratamento de ITS e promoção do uso de preservativo. Nestas acções as campanhas de IEC e a promoção do preservativo são igualmente as que mais se recorrem para a prevenção e consciencialização pela maioria dos actores envolvidos na resposta nacional. Estas incluem actividades viradas para a disseminação de informação que assumem diversas formas podendo recorrer a:

- ➔ Palestras;
- ➔ Panfletos;
- ➔ Cartazes;
- ➔ Brochuras;
- ➔ Spots radiofónicos e televisivos;
- ➔ Teatro, canto e dança;
- ➔ Educadores de pares.

Para além da diversidade das suas modalidades, estas campanhas são produzidas por múltiplas e até concorrentes fontes de instituições envolvidas na luta contra a SIDA e como foi analisado em estudos precedentes, na maioria das vezes os conteúdos informativos não apresentam grandes mudanças, pois não somente os modelos disseminados não são objecto de discussão prévia (o que permite varias interpretações), como também respondem a necessidade de legitimidade e crédito da instituição implementadora e/ou financiadora.

Contudo, é de referir que o desenvolvimento das actividades preventivas não ocorreu de forma aleatória, ele tem seguido a própria dinâmica da resposta ao HIV e SIDA no país, sobretudo no que concerne a emergência de estratégias e sucessão de paradigmas no contexto global da

resposta a pandemia que por sua vez são apropriados pelos actores nacionais e internacionais que implementam acções em Moçambique.

VI. 2. ACTORES, MODELOS E COBERTURA DAS INICIATIVAS DE PREVENÇÃO

As actividades de prevenção actualmente envolvem actores dos sectores público, privado e ainda da sociedade civil. O Governo intervém através do envolvimento das instituições públicas nas actividades de prevenção e mitigação das consequências e do papel dos NPCS e do sector da educação. Estas instituições são incentivadas a desenvolver planos sectoriais de combate ao HIV e SIDA voltados para cobrir as necessidades dos seus funcionários e posteriormente as suas famílias e a sociedade em geral, e onde a componente de prevenção é uma vertente importante.

A acção do sector privado é uma tendência recente e ocorre via intervenções exclusivamente da iniciativa Empresários contra o SIDA (ECOSIDA). Trata-se de uma iniciativa que materializa a resposta e o cometimento de parte de empresas do sector privado. O grosso das suas actividades está ligado à sensibilização e aconselhamento para que os seus funcionários adoptem as melhores práticas com vista a prevenir-se do HIV e SIDA. Estas actividades enquadram-se maioritariamente nas estratégias e/ou planos de combate ao HIV e SIDA no local de trabalho e são operacionalizadas de forma paralela com iniciativas de mitigação de impacto no seio dos trabalhadores que optam por expor o seu serostatus.

A Sociedade Civil intervém através do trabalho desenvolvido pelas CBO's nas comunidades e ONGs cuja maioria está exclusiva e parcialmente virada para esta área. As ONGs e CBOs, geralmente são as entidades que abrangem maiores grupos populacionais como beneficiários. Estas mobilizam fundos junto aos NPCS e outras ONGs internacionais para execução de acções que visam a prevenção. Entre estas e dependendo do nível de organização e funcionalidade tem havido práticas de partilha de experiências e boas práticas de prevenção com vista a sua replicabilidade.

No entanto, às ONGs e CBOs, devido ao facto de o seu grupo alvo ser na maior parte dos casos composta por grupos populacionais das comunidades, nalguns casos com um baixo nível de escolaridade e com hábitos peculiares, permanece o desafio de tornar as suas intervenções culturalmente mais apropriadas, sempre que necessário devem adaptar as suas mensagens e actividades para tomar em conta as especificidades das diferentes regiões e culturas.

A) PAPEL DA SOCIEDADE CIVIL NA PREVENÇÃO E MITIGAÇÃO DO HIV E SIDA

O papel da sociedade civil na prevenção ao HIV é exercido por diferentes organizações e movimentos sociais. A primeira abordagem para lidar com o HIV e SIDA como defendido pelo PEN 2000-2002 apenas incluía a componente prevenção e alguma ênfase aos cuidados paliativos e o tratamento das infecções oportunistas (MISAU, 2004:19).

Com o alastramento da epidemia do HIV sentiu-se a necessidade da mitigação, que também está relacionada com os direitos humanos dos infectados, dos doentes de SIDA e dos familiares dos que morrem vítimas da epidemia (Conselho de Ministros, 2004:30). Como evolução o PEN 2005-2009 já inclui atenção aos PVHS paralelamente a prevenção que já se fazia.

A mitigação tem a vantagem de diminuir o peso dos efeitos do HIV e SIDA sobre os indivíduos, famílias, comunidades, empresas e a sociedade em geral e envolve as pessoas para se controlarem e reduzirem as condições que favorecem a propagação da epidemia (Conselho de Ministros, 2004:30).

A mitigação envolve várias componentes uma vez que a abordagem do HIV e SIDA passou a ser multidimensional. Envolve o apoio nutricional, o acolhimento de órfãos, o tratamento que inclui cuidados domiciliários (CD) que é o atendimento que os activistas formados dão às PVHS e as respectivas famílias nos respectivos domicílios. Através dos CD os activistas educam sobre os cuidados de saúde, prevenção, fazem aconselhamento, fazem avaliação e cuidam dos sintomas dos infectados e avaliam sua aderência aos medicamentos (MISAU, 2003:3).

Faz-se notar que mesmo com a introdução dos CD como um avanço na mitigação, visto que já se faziam visitas ao domicílio, que não incluíam a componente clínica como nos CD, mas apenas apoio social, emocional e espiritual às PVHS e suas famílias e pode ser feita por qualquer pessoal. Esta componente sobretudo nas comunidades é feita por organizações menos formais. As visitas ao domicílio incluem também a sensibilização a não discriminação, dirigidas aos familiares do infectado ou doente, e também a casas daqueles que não estando infectados, sendo membros da comunidade, são passíveis de desenvolver acções de discriminação ou estigma a um infectado se não forem sensibilizados (Conselho de Ministros, 2004:29). Pode-se perceber portanto que na componente mitigação se exerce também de certa forma a prevenção.

Do conjunto de organizações da sociedade civil a lidarem com a prevenção existem aquelas que são moçambicanas e as que são estrangeiras como a *Save the Children*, mas que têm trabalhado em relativa coordenação com as nacionais. O que distingue estas ONG internacionais das nacionais é sobretudo a dotação de recursos e capacidades, por isso em cooperação com as ONGs locais ou organizações menos formais têm servido como provedores de recursos e formação.

Na prevenção do HIV tanto as ONGs estrangeiras como as nacionais com mais recursos como a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), ou a Associação Moçambicana para o

Desenvolvimento da Família (AMODEFA) têm trabalhado com as organizações de base provendo formação às pessoas nas comunidades, a curandeiros (praticantes da medicina tradicional), a trabalhadores de saúde comunitária e às organizações locais mais informais. Na prevenção nas comunidades coloca-se ênfase na consciencialização, e abordagens participativas de modo que estas organizações menos formais, possam por si prestar assistência com eficácia. No geral essas actividades não se desligam do que se faz nas zonas urbanas, pois divulga-se as mensagens de prevenção e realidade do HIV e SIDA por vários meios, como cartazes, filmes entre outros.

Na mitigação encontram-se organizações que prestam assistência as crianças órfãs ou doentes de SIDA através da iniciativa *casa família da Comunidade de Santo Egídio*, que disponibiliza uma casa a um casal e condições para o acolhimento de crianças órfãs na nova família.¹³

Na área de mitigação existem poucas ONGs que prestam cuidados de saúde completos relacionados com o HIV e SIDA, destacando-se as internacionais como a Médicos do Mundo, a Comunidade Santo Egídio, Health Alliance International e Médicos Sem Fronteiras, todas estas com uma robustez económica e técnica que as permite levar a feito seus programas. Estas organizações têm contribuído para a expansão do TARV criando suas próprias clínicas como a Comunidade Santo Egídio, que tem programas de administração de medicamentos anti-retrovirais. Outras como a Care têm apetrechado unidades sanitárias em condições técnicas para a administração do TARV e mesmo colocado pessoal controlado pelas próprias unidades sanitárias para prestar o TARV como a MSF.

De notar que existem aquelas ONG que sem serem implementadoras têm contribuído com fundos para as ONG implementadoras ou para o MISAU, por exemplo a Fundação Bill Clinton é um dos principais angariadores de fundos para a TARV em Moçambique e se comprometeu a conseguir 300 milhões de Dólares Americanos até 2009 que servirão também para melhorar a rede sanitária em recursos adequados (MISAU, 2004:19).

Das ONGs moçambicanas, que actuam para a mitigação destacam-se a Associação dos Enfermeiros de Moçambique (ANEMO), que é um parceiro privilegiado do MISAU para a prestação de CD. Mas, das ONG nacionais ligadas a saúde, destaca-se o papel crucial que a Cruz Vermelha de Moçambique tem desempenhado nesta área, abrangendo grandes áreas como além das províncias, alguns distritos onde tem prestado CD.

No rol de organizações ligadas à mitigação nem sempre se encontram apenas organizações formalmente constituídas, pois existem aquelas, que trabalhando na base não têm uma existência legal, incluído os indivíduos que não são propriamente membros de organizações. Dois papéis têm sido importantes para a sociedade civil na área da mitigação, especificamente, a sensibilização para a não discriminação e a prestação de cuidados a pessoas infectadas e

¹³ <http://dream.santegidio.org/public/news>

afectadas. A prestação de cuidados a pessoas infectadas e afectadas implica por um lado as visitas domiciliárias e os CD.

Apesar da abertura que o governo moçambicano deu às ONGs, é difícil encontrar ONGs nacionais envolvidas nas lideranças de acções de CD, sobretudo devido à complexidade destes serviços. Por isso destacam-se sobretudo as ONGs internacionais, onde as ONGs locais são parceiras para lidarem com a base nos CD. Estas organizações destacam-se sobretudo por proverem visitas ao domicílio. Mas encontram-se também ONGs moçambicanas a prestarem CD como a AMODEFA que foi a pioneira nesta matéria em Moçambique em 2002 com o projeto Khulhuvuka financiado pela FDC. (MONASO, s/d: 25).

Sendo assim. Pode-se afirmar que a resposta nacional ao HIV e SIDA na componente de CD assume uma abordagem baseada na comunidade que consiste em prestar assistência à PVHS junto às suas famílias a despeito de uma abordagem institucional que privilegia a integração dos doentes com SIDA em asilos e/ou instituições sanitárias com cuidados especializados para este grupo. Através dos seus departamentos a nível provincial e distrital, o MISAU e seus parceiros têm apoiado e incentivando as ONGs e OCBs para iniciar acções a nível comunitário criando estruturas comunitárias de base para proteger e cuidar de PVHS.

Os serviços de CD são providenciados pelas organizações não governamentais de base, existindo no país, uma multiplicidade de actores que prestam CD, a maioria deles difere em tamanho, recursos, capacidade institucional instalada e estrutura organizacional, o que resulta em potencialidades diferentes na prestação de cuidados bem como diferenças nas áreas de cobertura com efeitos adicionais na qualidade e eficácia dos serviços de CD prestados.

B) COBERTURA DAS ACTIVIDADES DE PREVENÇÃO

No que concerne aos modelos, a quase totalidade das acções de prevenção segue as características anteriormente anunciadas em que no geral, a disponibilidade e acesso aos preservativos e as acções de IEC constituem os elementos essenciais na prevenção da transmissão do HIV. Nestas actividades preventivas intervêm principalmente o MISAU que conta com a colaboração de programas e estratégias específicas implementadas com parceiros não governamentais nacionais e internacionais.

A análise da cobertura das acções de prevenção revela diferenças regionais e desajustes e/ou contradições entre o postulado na estratégia nacional e o processo da sua implementação. De acordo com o PEN II as actividades de Combate ao HIV e SIDA são no geral ajustadas conforme a especificidade de cada cenário de actuação, considerando as diferenças regionais notórias nos índices de prevalência que correspondem a diferentes tipos de epidemias ou diferentes fases da mesma (CNCS, 2004: 10). Este postulado significaria que as actividades implementadas na área de prevenção e/ou sua intensidade não seriam semelhantes em todas as áreas do país: neste sentido enfatizar-se-iam as actividades educativas de prevenção para os locais onde a prevalência

está na fase de crescimento menos rápido que são as províncias de Niassa, Cabo Delgado, Nampula, Zambézia e Inhambane; enquanto que nas províncias de Gaza, Maputo e Cidade de Maputo onde a prevalência está na fase de crescimento rápido deve-se apostar mais nas medidas terapêuticas e de mitigação. No entanto, em províncias como Tete, Manica e Sofala onde a epidemia encontra-se numa fase considerada madura, as intervenções viradas para a prevenção embora sejam ainda fundamentais, teriam menor impacto devido a necessidade urgente de se apostar nas intervenções de cariz terapêutico.

As diferenças inter provinciais previstas segundo o PEN II, não são notórias na prática/terreno. Quando são evidenciadas não são de forma clara que permita fazer as respectivas associações e/ou distinções. De forma geral, o padrão observado revela uma tendência em que em quase todas as regiões há privilégio de iniciativas voltadas para a prevenção, independentemente do estado de evolução da pandemia indicado pelas prevalências. A maior concentração em actividades preventivas é justificada pelo facto de acarretar menos custos em comparação com as outras dimensões e também pelo facto de se considerar a prevenção como uma componente que está presente e deve se complementar às outras dimensões e/ou pilares de resposta à epidemia

No que concerne as discrepâncias regionais, foi observado ainda que as províncias e os distritos não oferecem as mesmas potencialidades para as intervenções, havendo mais privilégio para as primeiras em detrimento dos segundos. Em termos espaciais, esta desigualdade se reproduz, as cidades e/ou meios urbanos cobrem maior parte das iniciativas de prevenção em comparação aos distritos considerados de difícil acesso. Embora actualmente, esteja a ser feito um trabalho com vista a trazer o distrito na agenda do desenvolvimento e das intervenções públicas, as desigualdades mantêm-se e constituem um desafio para a estratégia de resposta a pandemia.

Adicionalmente foi observado que ocorre uma relativa estagnação em termos de expansão de actividades de prevenção. As iniciativas de prevenção ocorrem em locais que já apresentam indicadores de intervenções precedentes ou são estes locais que estão em situação favorável (na prática) para acolher a implementação de outras acções. Esta preferência faz com que existam lugares que acolhem um volume diferenciado de actividades em detrimento de outras. Embora a alocação de recursos para acções de resposta a pandemia tome em consideração estas desigualdades, na prática o volume reduzido de recursos alocados tem servido paradoxalmente de devisa para argumentar a favor das práticas interventivas nos mesmos locais.

No que respeita aos destinatários das acções preventivas, foi observado que as iniciativas de prevenção abrangem parte dos grupos específicos definidos pelo PEN II. De acordo com a estratégia, os grupos potencialmente mais vulneráveis aos quais as iniciativas preventivas devem priorizar são: as PVHS, COVs, trabalhadoras de sexo, camionistas de longo curso, mineiros e trabalhadores emigrantes, trabalhadores em situação de brigada, forças militares e para militares na situação de aquartelamento ou em unidades destacadas, caixeiros-viajantes, certas categorias profissionais ligadas à indústria do entretenimento, população prisional, mukheristas e trabalhadores das barracas, mulheres em famílias polígamas, mulheres de mineiros,

trabalhadores emigrantes e camionistas, viúvas e mulheres em geral no quadro da sociedade tradicional e raparigas e mulheres jovens.

Dados da análise situacional mostram que ainda persistem grupos que não são priorizados pelas iniciativas de prevenção. Este facto realça que existem grupos de pessoas mais abrangidos pelas intervenções em relação a outras, e estes grupos são as COVs, PVHS e mulheres, jovens e adolescentes, trabalhadoras de sexo e camionistas de grande curso. São estes grupos que têm merecido maior atenção, devido ao seu alto nível de susceptibilidade às infecções pelo HIV e SIDA e/ou devido a debilidade do seu estado ou condição de vida. Contudo, observa-se que parte significativa dos grupos de risco identificados como prioritários para a implementação do PEN II continua não constituindo prioridade na operacionalização da resposta ao HIV e SIDA no país.

VI. 3. CONSTRANGIMENTOS NA ÁREA DE PREVENÇÃO

Os principais constrangimentos que enfermam as estratégias de prevenção no contexto da dinamização da resposta nacional ao combate ao HIV e SIDA referem-se a deficiente coordenação existente entre os actores envolvidos; desajustamento entre estratégias, seus conteúdos contextos e necessidades dos destinatários; e, a pouco acesso aos materiais informativos resultante da limitada cobertura das actividades de prevenção.

No que concerne à deficiente coordenação entre os actores envolvidos, a análise empreendida revelou que a dinâmica da resposta ao SIDA no país é caracterizada num elevado número de associações e organizações nacionais e internacionais que operam nesta área, o que coloca dificuldades às instituições responsáveis – CNCS por via do NPCCS – de controlar, supervisionar e acompanhar o progresso das intervenções. Esta falta de articulação ocorre localmente na implementação de acções e também na articulação entre os níveis distrital, provincial e nacional, resultando na maior parte dos casos em sobreposição de intervenções, como ilustra o extracto que se segue:

“A falta de coordenação por parte do NPCCS, resulta no que se tem observado, nos distritos há muita sobreposição e intersecção das intervenções das ONGs, e no tipo de trabalhos desenvolvidos, havendo maior opção pelos lugares de fácil acesso e pelas acções viradas para a área de prevenção.” (FHI_Zambézia)

Por outro lado, foi igualmente observado que tanto as estratégias como os conteúdos dos diversos modelos de acção para a prevenção implementados pelos diversos actores são considerados como não respondendo aos contextos sociais em que os potenciais destinatários vivem. Em muitos casos se faz referência que a maioria destas estratégias de prevenção é dirigida, por exemplo, a público escolarizado em contextos locais em que a maioria dos destinatários ou pouca ou nenhuma escolarização possuem. Por outro lado, argumenta-se que mesmo nos casos em que se recorre a formas de expressão culturais e lúdicas como o canto, o teatro e/ou a dança, a sua

concepção não se ajusta a estes. Embora tais actividades atraiam multidões estas afluem mais pela curiosidade, carácter recreativo dos eventos e expectativas de aceder a outros atractivos como camisetas, bonés entre outros.

A baixa cobertura das acções de prevenção constitui outra limitante. Embora as actividades de prevenção estejam a ser desenvolvidas por quase todo o território, a análise reportou testemunhos e inventariou situações em que o acesso aos principais meios de informação e consciencialização sobre a pandemia não abrange ainda todos os locais. Para além das diferenças regionais frequentemente reportadas, há concentração de actividades de prevenção em meios urbanos em detrimento dos meios rurais.

Esta concentração de actividades quando aliada às barreiras de carácter geográfico – distâncias – o acesso à informação sobre o HIV e SIDA nas áreas rurais torna-se cada vez mais limitado. Adicionalmente à componente acesso, há referência a situações em que ocorrem sucessivas rupturas nos stocks de cartazes, preservativos, panfletos e/ou brochuras informativas sobre a SIDA.

Estes constrangimentos referidos em relação a área da prevenção, embora não constituam aspectos novos, a sua persistência e sua conjugação com outros condicionantes do âmbito mitigação e/ou tratamento, colocam desafios enormes não somente em relação ao impacto mas também e sobretudo à eficácia da resposta nacional e local da pandemia. Tais desafios colocam-se mais no sentido de estímulo à concepção de estratégias preventivas que combinem formas e/ou canais locais de circulação de informação e sua operacionalização recorrendo a baixos custos.

VI. 4. IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO ENTRE A PREVENÇÃO E O TRATAMENTO

Como foi referido atrás, a dinâmica da resposta ao HIV e SIDA no país até 2001 assentou sempre na hegemonia do paradigma da prevenção, promoção de actividades com vista a redução da transmissão sexual via promoção de campanhas de IEC e promoção de preservativo. Até essa data, oficialmente o país era contra a introdução do tratamento com o argumento da falta de disponibilidade de recursos financeiros para fazer face aos altos custos, limitações laboratoriais, falta de recursos humanos de prevenção; posição que foi alterada e introduzida na componente de tratamento em 2002 de forma gradual, reconhecendo que já haviam ONGs que introduziram-na timidamente.

A introdução da componente de tratamento e a sua relação com o tratamento foi reconhecido como representando um esforço com vista a garantir uma resposta abrangente ao HIV. E, de facto, esta complementaridade constitui um valor acrescentado nas acções de combate a pandemia. Tal como reconhece o CNCS, quando a prevenção e o tratamento são expandidos conjuntamente, os benefícios quer em termos de novas infecções como em termos de mortes evitadas, são maiores, e este facto reflecte a necessidade de complementar a expansão da TARV em Moçambique com uma aceleração dos esforços de prevenção (CNCS, 2006: 39).

O contexto e tendências da evolução da pandemia no país revelam que, por um lado, não será suficiente que haja concentração em acções preventivas, tal como acontece na actualidade, através de acções de divulgação dos materiais de IEC e/ou informar sobre o propósito de serviços específicos como ATS e PTV; mais importante ainda será a capacidade que houver em complementar estas acções com outras voltadas para as pessoas que já contraíram o vírus oferecendo profilaxia e tratamento das IO e terapia anti-retroviral.

Embora na actualidade haja acesso ao tratamento e se dupliquem as metas anualmente previstas, coloca-se como foi ilustrado anteriormente o desafio da aderência, ou seja, da continuidade do tratamento, pois beneficiários há que abandonam por motivos diversos. Esta situação de abandono constitui um risco adicional de mais casos de infecção. No entanto, o acesso ao tratamento e sua aderência constitui um aspecto sinérgico às acções de prevenção que deverão se estender pelos infectados pelos vírus.

No entanto, os programas de prevenção, devem ter como enfoque não somente a informação relativa às formas de prevenção e aos potenciais riscos e efeitos da pandemia, mas igualmente providenciar informação consolidada sobre a existência de serviços específicos de tratamento e cuidados ao mesmo tempo que deve encorajar a população a procurar estes serviços.

A relação entre prevenção e tratamento é mais relevante ainda quanto tomado em consideração as dinâmicas actuais. Foi observado desta análise que as acções de prevenção actuais são realizadas com maior enfoque para grupos potencialmente de maior risco, tendo como pressuposto que se as campanhas de IEC, destinadas a introduzir a mudança de comportamento

em termos de conhecimentos, atitudes e práticas das pessoas em relação ao HIV e SIDA, o número de novas infecções poderá vir a diminuir na população em geral.

No entanto, esta concentração de acções em grupos considerados de risco poderá ser aproveitada e capitalizada na medida em que o aconselhamento levará as pessoas a procurarem os serviços de saúde para fazer o teste e, dependendo do resultado, poderão começar a fazer o tratamento. Nos grupos de risco podemos encontrar PVHS que não tem conhecimento do seu estado de saúde e a partir do aconselhamento para a prevenção e testagem obter-se-ia mais pessoas a aderirem ao tratamento.

Por sua vez, considera-se que a redução do número de novas infecções como resultado da adopção das práticas recomendadas nas campanhas de prevenção, condicionará uma melhor prestação de serviços de atendimento as PVHS, uma vez que, poderiam reduzir as longas filas nos HDD, reduzir a sobrecarga de utentes sobre os trabalhadores dos serviços de saúde, além da redução do risco da ruptura de stocks, e da pressão sobre os serviços laboratoriais para a testagem da carga viral de novos utentes.

Outra relação que se pode estabelecer entre a prevenção e a aderência ao tratamento, está ligada à componente da prevenção de transmissão vertical. Esta vertente da prevenção é virada para as mulheres e visa, nos casos em que estas são HIV+, reduzir o risco de contaminação de mãe para filho. Esta prática interventiva é e pode constituir um caminho/porta de acesso ao TARV, e considerando os circuitos de referência da paciente que passa por vários estágios de aconselhamento no sentido de dar continuidade ao acompanhamento médico através da terapia anti-retroviral, a sua permanência e seguimento das prescrições terapêuticas constitui uma mais valia com vista a uma potencial prevenção de potenciais infecções.

Contudo, estes aspectos focados têm um potencial efeito multiplicador positivo para a relação entre prevenção e tratamento: uma prestação de serviço de tratamento do HIV e SIDA com eficiência e qualidade na assistência poderá resultar em PVHS instruídas para adoptar as melhores atitudes, comportamentos e práticas preventivas em relação aos mais próximos com vista a salvaguardar a sua própria saúde.

VII. CONCLUSÕES

O reconhecido sucesso do processo de pacificação nacional, marcado pela assinatura do Acordo de Paz em 1992, e mais recentemente pela terceira ronda de eleições legislativas e presidenciais, em Dezembro de 2004, e investimentos para o relançamento da economia nacional vem sendo ameaçado pelas crescentes taxas de prevalência do HIV e SIDA no país. De acordo com os resultados preliminares da última ronda de vigilância epidemiológica, publicada em 2007, cerca de 16% da população moçambicana com idade compreendida entre os 15 e 49 anos, viviam com HIV e SIDA.

As projecções do INE, indicam que o número de novos casos de SIDA poderá atingir mais de 170 mil em 2010, e os óbitos poderão dar origem a 626 mil órfãos maternos e/ou paternos de 0-17 anos de idade, o que nos indica que a evolução crescente desta epidemia constitui uma das principais ameaças para o combate da pobreza e de um modo geral, para o desenvolvimento social e económico, pois o grupo populacional mais afectado encontra-se na faixa dos 15-49 anos de idade, população considerada sexual e economicamente activa.

O sistema nacional de saúde, apesar de estar a registar melhorias acentuadas, desde de 2006, na provisão dos serviços de tratamento, tem sido fortemente estrangido pela crescente quantidade de pessoas que necessitam dos seus serviços, pondo em causa a boa prestação dos serviços devido a pressão que tem posto sobre as limitadas capacidades instaladas, em termos de infra-estruturas e recursos humanos disponíveis. Segundo o PEN ITS/HIV e SIDA-Sector Saúde 2004-2008, em 2004, os mais de 100.000 novos doentes anuais de SIDA iriam gerar cerca de um milhão e meio de consultas externas e cerca de 3 milhões de dias de internamento, mais do que o dobro do volume desta actividade, para aquele ano.

Além do impacto demográfico e sobre o sistema de saúde acima referidos, merece atenção especial o papel que a sociedade civil tem desempenhado sobre o sistema da provisão da TARV, segundo o estudo, o papel das ONGs e CBOs tem concorrido para a redução da adesão a TARV, pois na maior parte dos casos a desistência e fraca aderência a TARV tem sido fortemente influenciada pelo estigma e discriminação de PVHS pela sociedade.

A questão do estigma e discriminação das PVHS põe o portador do HIV e SIDA numa posição social relativamente desfavorável, manifestando-se muitas vezes pela negação da sua cidadania, exclusão social e rejeição familiar. Neste contexto de discriminação das pessoas em função do seu sero status, várias vezes têm sido violados os direitos humanos ou fundamentais das pessoas seropositivas. Esta violação dos direitos humanos tem consequências negativas para o combate ao HIV e SIDA através da emergência de obstáculos aos programas de prevenção e controle da doença.

Não obstante o país ter, desde o princípio da epidemia, se engajado na adopção de políticas e estratégias de combate ao HIV e SIDA, com ênfase para uma abordagem multisectorial, que se materializou através da adopção do PEN I em 1999, PEN II e PEN Saúde em 2004, o engajamento de todos os sectores, continua a constituir um desafio para Moçambique.

Além disso, o país assumiu múltiplos compromissos, com vista ao combate do HIV e SIDA, neste âmbito destacam-se as 12 directivas do documento do terceiro encontro consultivo para o HIV e SIDA e direitos humanos decorrido em Genebra entre os dias 25 e 26 de Julho de 2002, publicado pelo Alto Comissariado das Nações Unidas para os Direitos Humanos e a ONUSIDA, que contem as normas internacionais sobre o HIV e SIDA e direitos humanos, entretanto, a materialização das metas assumidas continua longe de ser alcançada como se pode ver na secção IV.2 deste documento, que se debruça sobre a Resposta Nacional ao HIV e SIDA referente a violação dos direitos humanos.

Relativamente ao tratamento, em Moçambique, a terapia anti-retroviral, embora tenha sido introduzida por ONGs internacionais, actualmente todo o controlo do tratamento está sob a tutela do MISAU, desta forma, devido as fragilidades do sistema nacional de saúde, esta terapia teve no início uma fase estacionária, porque o TARV ainda não constituía uma prioridade para o sistema de saúde, com o passar do tempo, quando surgiu a preocupação de institucionalizar o tratamento, o MISAU assumiu a coordenação desta área.

Esta medida começou a surtir efeitos notórios a partir dos meados de 2006, em que para além da abertura de novos HDD e a reabilitação de outros, também foram formados novos profissionais para fazerem o tratamento e prestarem cuidados às PVHS, nos lugares onde anteriormente os serviços não chegavam.

O ano de 2007, foi marcado pela expansão do TARV, foram abertos 91 novos serviços, perfazendo actualmente um total de 211 sítios, dado que ultrapassa a meta do PEN/SIDA. Para o seu funcionamento foram treinados 158 médicos e mais de 100 técnicos de medicina e assegurado o aprovisionamento de ARVs. Por outro lado, realizaram-se 2 cursos de capacitação específica para médicos e técnicos de medicina para atendimento aos Recém-nascidos e para HIV Pediátrico nas cidades da Beira, Nampula e Maputo. Uma formação em TARV pediátrico foi feita para os técnicos de Medicina, em Sofala. Dados fornecidos pelo DAM indicam que até final de Dezembro de 2007, um total de 88.211 pessoas adultas e 6.210 pessoas com idades menores a 15 anos, beneficiavam dos serviços de TARV.

A TARV, foi administrada numa primeira fase na cidade capital do país, à medida que as preocupações em relação a esta doença aumentaram foi-se alastrando para as capitais provinciais, actualmente este serviço está presente em todas as sedes distritais do país.

Vários factores contribuem para o acesso ao TARV, PTV e outros serviços de saúde e dependendo da influência ou não desses factores numa e noutra região ou província do país, a distribuição das pessoas que beneficiam destes serviços não tem sido uniforme. Em termos regionais, observa-se que na região sul do país encontramos, relativamente, maior proporção de pessoas infectadas que beneficiam do serviço.

Em relação as diferenças por grupos sociais mais beneficiados pelo serviço, a tabela 5 permite observar que a maior parte da população feminina é que se beneficia em relação a população masculina.

As diferenças dos números de beneficiários tendo em conta o sexo, ocorrem em todas as províncias, no entanto na província do Niassa a diferença é ligeira, enquanto que a Cidade de Maputo e a província de Gaza é que apresentam as diferenças mais acentuadas em relação as proporções dos beneficiários desagregadas por sexo.

No tratamento ARV, estão envolvidas várias instituições desde o governo que é representado pelo MISAU, as ONGs onde destacam-se a Columbia University, HAI, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Vanderbilt University, Comunidade do Santo Egídio, Medicos del Mundo, MSF da Bélgica e MSF da Suíça, estão ainda envolvidas as CBOs. Nesta área, desataca-se também o papel das associações de PVHS que têm trabalhado muito em prol de levar o tratamento a cada vez mais pessoas que precisam e para aliviar o sofrimento dos impactos desta doença na vida da sociedade através de conselhos nos HDD e da realização de visitas e prestação de cuidados domiciliários.

No entanto, o problema que se observa relativamente a questão do acesso ao TARV, está fortemente relacionada com as disparidades da disponibilização do serviço e com a evasão por parte dos beneficiários dos serviços por vários motivos agrupados, neste estudo, em três categorias de barreiras a saber:

a) Barreiras do Sistema

Foram mais indicados os constrangimentos causados pelas distâncias que os beneficiários tem que percorrer das suas casas até chegar a US mais próxima, outro aspecto muito referenciado nesta área foi a falta de quadros no sector de saúde em número suficiente para responder a demanda que este serviço tem observado;

b) Barreiras Sociais

A pobreza foi o maior constrangimento apontado, segundo os entrevistados as pessoas não têm condições para se alimentar, deparando com este problema optam por não tomar os medicamentos, foi ainda neste grupo de constrangimentos, referenciado o problema derivado do estigma e discriminação das PVHS, que faz com que as pessoas prefiram não procurar pelo tratamento por terem receio de serem apontadas e mal faladas na sociedade. Nesta categoria de barreiras, a questão do estigma e discriminação está bastante presente;

c) Barreiras Individuais

Os efeitos colaterais dos medicamentos e a auto estigmatização, foram indicados como obstáculos para a o acesso ao tratamento, pois segundo os entrevistados e a bibliografia, os

medicamentos por vezes tem efeitos adversos no organismo e se o conselheiro não tiver sido claro ao preparar o utente, de modo a que este esteja preparado para possíveis efeitos colaterais, o utente poderá abandonar o tratamento.

Pela magnitude dos obstáculos que o HIV e SIDA representa para o desenvolvimento nacional nas suas variadas vertentes, o combate a esta doença tem mobilizado esforços e iniciativas de um vasto leque de agentes, desde as mais pequenas organizações comunitárias passando por entidades mais visíveis como ONGs e outros tipos de associações, que deixam transparecer o importante papel da sociedade civil no enfrentamento desta epidemia.

De entre várias acções realizadas pela ou com o envolvimento das organizações da sociedade civil destacam-se as incitativas de advocacia e combate ao estigma, a defesa dos direitos das pessoas vivendo com o HIV e SIDA e a promoção do acesso ao TARV e outros cuidados complementares de saúde. As participações referidas neste paragrafo, frisam a importância destas associações e ONGs não só para a expansão da TARV, mas também para a adesão aos serviços em questão, visto que existe uma dimensão de actuação operacional das organizações da sociedade civil que é bastante relevante para a orientação das pessoas que precisam aceder aos serviços já disponíveis.

Além disso, na área da prevenção, da mitigação das consequências e da prestação de cuidados e assistência aos órfãos, as ONGs nacionais e internacionais tem se mostrado com os pioneiros na introdução e implementação de intervenções contextualmente relevantes, embora persista ainda uma vasta gama de constrangimentos que impedem que a resposta nacional ao HIV e SIDA como um todo, se beneficie, de forma efectiva, da parceria entre o sector publico, privado e da sociedade civil. Esta parceria ainda precisa de ser estreitada, para que os resultados colectivos das iniciativas de luta contra o HIV e SIDA sejam decorrentes de acções mais coordenadas, mais bem informadas e sistematicamente implementadas a todos os níveis.

VIII. RECOMENDAÇÕES

Este estudo mostrou, que no âmbito da resposta nacional ao HIV existe uma série de actividades que estão a ser realizadas com o apoio e/ou participação da sociedade civil, o que tem contribuído para dinamizar e ampliar o alcance da resposta. Todavia, várias áreas programáticas e operacionais ainda apresentam muitas lacunas. Por maior que seja o esforço empreendido pelo governo para as suprir, o actual ritmo não as conseguirá cobrir. Neste sentido, uma intervenção pro-activa, bem informada e estruturada da sociedade civil pode representar uma mais valia nos objectivos globais de combate ao HIV em Moçambique. E algumas áreas representam janelas privilegiadas de oportunidade de intervenção para as instituições da sociedade civil e seus parceiros.

Em função disso, o estudo recomenda:

1. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS, CAPACITAÇÃO CONTÍNUA E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DAS INSTITUIÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL, PARA O ENTENDIMENTO E INSTRUMENTALIZAÇÃO DOS DADOS E NÚMEROS RELATIVOS AS PREVALÊNCIAS DO HIV, IMPACTO DEMOGRÁFICO DO HIV E SIDA E NÚMERO DE PESSOAS QUE PRECISAM OU ESTÃO EM TARV.

A compreensão e a desmistificação dos dados sobre as prevalências, dos dados sobre o impacto do HIV e SIDA em Moçambique e dos números que retratam o grau de acesso e/ou exclusão aos serviços de saúde em geral e ao TARV em particular, desagregados por regiões e províncias, precisam ser traduzidos em termos simples e acessíveis aos actores e instituições activas da sociedade civil de modo a que possam desenvolver programas e projectos relevantes para os grupos beneficiários locais.

2. ENGAJAMENTO DOS ACTORES DA SOCIEDADE CIVIL, EM PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DE ACESSO AOS SERVIÇOS DE TARV, COM ÊNFASE PARA A QUESTÃO DA ADESÃO E PERMANÊNCIA DOS BENEFICIÁRIOS NESTES SERVIÇOS, OBSERVANDO CRITÉRIOS DE QUALIDADE.

A promoção do acesso aos serviços de saúde em geral e ao TARV de maneira particular é e deve continuar a ser uma bandeira importante do movimento de advocacia da sociedade civil. Entretanto, tendo em conta que este estudo demonstrou que as instituições governamentais e seus parceiros não governamentais, realizaram nos últimos dois anos esforços extraordinários, com vista a ampliação do acesso ao TARV, ao nível nacional tendo alcançado a maior parte das capitais provinciais e sedes distritais. Com o aumento do acesso aos serviços, algumas questões críticas começam a surgir. De entre elas temos: a questão da evasão e desistências de algumas pessoas que já foram introduzidas na terapia antiretroviral. Um trabalho de educação e consciencialização das pessoas sobre a complexidade da terapia e da importância de uma adesão a longo termo, pode ser assegurada pelas iniciativas da sociedade civil como complemento do trabalho, que está a ser realizado pelo sector de saúde e parceiros envolvidos.

3. INTENSIFICAÇÃO DE INICIATIVAS DE PROMOÇÃO DE DIREITOS HUMANOS, DE COMBATE AO ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO NO CONTEXTO DO HIV E SIDA.

Este estudo mostrou que à escala nacional, existem vários nós de estrangulamento de natureza institucional, social e individual para a progressão da resposta ao HIV e SIDA em decorrência do estigma e discriminação. Nesta vertente, os actores e instituições da sociedade civil, podem continuamente desenvolver as suas competências e capacidades de advocacia para a observância da lei, que protege a pessoa vivendo com HIV no local de trabalho, procurando, em parceria com as entidades legais competentes, accionar mecanismos mandatários de protecção às pessoas vivendo com HIV no local de trabalho e em outras esferas da sociedade. Além disso, uma parceria fecunda entre os provedores de saúde e as organizações da sociedade civil precisa ser desenvolvida, com vista a eliminar as múltiplas formas de discriminação decorrentes da relação paciente e provedor de serviço, incluindo a garantia da observância dos aspectos éticos e deontológicos no exercício da profissão médica. Ao nível das comunidades, campanhas sistemáticas de consciencialização sobre o estigma e a discriminação precisam de ser implementadas, numa abordagem holística de educação para a saúde, que combine componentes de prevenção e de tratamento. Ainda neste nível, redes e sistemas de suporte comunitário e intra-familiar podem ser fortificadas, com vista a estimular o combate a auto-discriminação a nível individual.

4. REDIMENSIONAMENTO DAS ACTIVIDADES DE PREVENÇÃO AO HIV E SIDA

Esta análise da situação mostrou que a prevenção continua a ser o pilar hegemónico na resposta ao SIDA, contudo, a eficácia e impacto das suas iniciativas continuam por vários motivos a estar aquém do almejado. Nesse sentido o estudo propõe o redimensionamento de forma holística das actividades de prevenção no que concerne aos locais de implementação destas iniciativas, introdução de abordagens inovadoras e priorização de mais grupos sociais considerados de risco. No que concerne aos locais de implementação urge expandir estas iniciativas desconcentrando os centros urbanos e ou capitais provinciais e distritais de modo a abranger mais beneficiários, esta actividade exige o empenho adicional das instituições de coordenação da resposta a pandemia. Por outro lado, é necessário introduzir métodos inovadores que combinem a prevenção e os outros pilares de combate a pandemia como o tratamento de modo a lograr efeitos positivos combinados. Este processo pode se efectivar engajando mais a sociedade civil no acesso ao TARV como anteriormente recomendado, como também se informando mais pela pesquisa sobre as dinâmicas constrangedoras à eficácia das acções preventivas.

5. A SOCIEDADE CIVIL DEVE ACTUAR EM ESTREITA COLABORAÇÃO COM O GOVERNO NA IMPLEMENTAÇÃO DA ACÇÕES PARA CONTER O AVANÇO DA EPIDEMIA DO HIV E SIDA

Várias iniciativas governamentais foram lançadas pelo governo e não encontram eco a nível da sociedade civil. Assim, o governo ao traçar os seus planos e iniciativas deverá fazê-lo em estreita ligação com a sociedade civil de modo a garantir que esta se sinta também parte do processo. Por outro lado deve prevalecer o princípio de complementaridade das ONGs em relação às acções do

governo, que tem a responsabilidade final em relação às acções desenvolvidas nas comunidades; ie, as ONGs devem chegar onde o governo não chega ou fazer o que o governo devido à suas limitações não poderá fazer.

6. A RESPOSTA AO O HIV E SIDA DEVE SE CENTRAR NAS PESSOAS E NOS RESULTADOS E NÃO APENAS NOS PROCESSOS

Actualmente as organizações e instituições têm muito mais preocupação em revelar as suas acções e as áreas de cobertura geográfica, deixando para trás o mais importante, os beneficiários e as metas alcançadas. Muitas intervenções falham por serem pouco pertinentes para um determinado grupo de pessoas beneficiárias dessa intervenção, os chamados grupos vulneráveis. Uma determinada acção poderá ter pertinência para um determinado grupo, mas não ter a mesma pertinência para um outro grupo com as mesmas características. É extremamente importante que as acções sejam avaliadas em função da pertinência perante o grupo que se beneficia dessas acções. Por conseguinte a definição clara dos grupos vulneráveis é vital e esta etapa fundamental deverá ser seguida da definição das acções específicas de cada intervenção quer para prevenção, tratamento, cuidado ou redução do impacto naquele grupo específico, com indicação clara de metas o objectivos a serem alcançados. Ao falarmos de metas, não devemos apenas nos satisfazer com as metas processuais. É preciso observar e instrumentalizar a noção de metas de resultados e impactos. Por exemplo, a nossa preocupação não devia ser somente o número de preservativos distribuídos, mas sim quantos preservativos cada membro do grupo beneficiário utilizou. A nossa preocupação não devia ser o número de pessoas em geral em TARV, mas sim, quantas pessoas, professores, operários, camponeses, camionistas, homossexuais, trabalhadoras de sexo, etc., iniciaram o tratamento e continuam em tratamento.

REFERÊNCIAS

CNCS (2004). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2005-2009. Livro I, Análise da Situação. Maputo

CNCS (2004). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2005-2009. Livro II, Objectivos e Estratégias. Maputo

CNCS (2004). Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2005-2009. Livro III, Operacionalização. Maputo

CNCS (2006). Relatório Anual de 2005

CNCS (2006). Relatório de Progresso para a Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre o HIV e SIDA 2003-2005. Maputo

Conselho de Ministros (2000). Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV e SIDA 2000-2002. Integração, Qualidade e Abrangência. Maputo

Conselho de Ministros (2001). Diploma Ministerial n° 183/2001 de 18 de Dezembro. Maputo

Conselho de Ministros (2002). Lei 5/2002 de 5 de Fevereiro de 2002. Maputo

Conselho de Ministros (2003). Diploma Ministerial n° 40/2003 de 2 de Abril. Maputo

Conselho de Ministros (2004) Plano Estratégico Nacional De Combate ao HIV e SIDA: Parte I Componente Estratégica – Análise de situação. Maputo

Conselho de Ministros (2005). Plano Económico e Social para 2006. Maputo

Conselho de Ministros (2006). Plano Económico e Social para 2007. Maputo

Conselho de Ministros (2006). Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta 2006-2009 (PARPA II). Maputo

Grupo Técnico Multi-Sectorial de Apoio à Luta Contra o SIDA (GTM), 2005. Resultados da Ronda de Vigilância Epidemiológica do HIV e SIDA em Moçambique: Ronda 2004. MISAU. Maputo

Grupo Técnico Multi-Sectorial de Apoio à Luta Contra o SIDA (GTM), 2008. Resultados da Ronda de Vigilância Sentinela do HIV 2007. MISAU. Maputo

INE, MISAU, MPF, CEP, CNCS e Faculdade de Medicina – UEM (2002). Impacto Demográfico do HIV e SIDA em Moçambique_ Actualização Ronda de Vigilância Epidemiológica 2002. Maputo

INE, MISAU (2008). Cálculo das Taxas de Prevalência Provinciais, Regionais e Nacional. Relatório Preliminar sobre a Vigilância Epidemiologia, Ronda de 2007.

MATRAM (2006). Guião de Formação de Mobilização Comunitária, Educação ao tratamento e Advocacia. Maputo

MISAU (2003) Cuidados Domiciliários Para Pessoas Vivendo com o HIV/SIDA: Guião de Operacionalização Ligação Serviço Nacional de Saúde - Comunidade. Maputo

MISAU (2004). Hospital de Dia e Cuidados Ambulatórios para pessoas Vivendo com HIV e SIDA, Guião para Organização e Gestão. Maputo

MISAU (2004). Plano Estratégico Nacional de Combate às ITS/HIV e SIDA 2004-2008. Maputo

MISAU (2005). Relatório da Reflexão sobre o Programa Nacional do Tratamento Anti-Retroviral (TARV). Maputo

MISAU (2006). Plano Económico e Social 2006. Maputo

MISAU (2007). Desempenho do Sector da Saúde _ Sexta Avaliação Conjunta Anual (ACA VI). Maputo

MISAU (2008). Balanço Anual do Plano Económico e Social 2007. Maputo

MISAU (2008). Desempenho do Sector da Saúde _ Sétima Avaliação Conjunta Anual (ACA VII). Maputo

MISAU – Direcção Nacional de Assistência Médica (2008). Relatório Anual de 2007. Maputo

MONASO (2006). Boletim Informativo Meditar nº28_ Acesso aos Antiretrovirais é um Direito Humano. Maputo

MONASO. Mapeamento das Organizações Membros da Monaso que fornecem Cuidados Domiciliários. Maputo

Novo, Vilma P. M. Pinto (2006). Factores Psicológicos e Sócio-Económicos que Influenciam na Adesão ao TARV no HPQ – Clínica 1. Quelimane

ONUSIDA (s/d). *Los "Tres Unos" principios fundamentales*

UNDP (2005). Report on the Millennium Development Goals - Mozambique. UNDP. Maputo

UNDP (2007). A Review of Regional and National Human Right Based HIV and AIDS Policies and Frameworks in Eastern and Southern Africa

ANEXO1: DECLARAÇÕES INTERNACIONAIS SOBRE O HIV E SIDA RATIFICADAS POR MOÇAMBIQUE

Ano	Documento
1988	Declaração de Londres sobre a prevenção do SIDA, emitida na Cimeira Mundial dos Ministros da Saúde
1989	Declaração de Paris sobre Mulheres, Crianças e o SIDA
1992	Declaração e Carta dos Direitos e Humanidade sobre HIV e SIDA pela Comissão das Nações Unidas para os Direitos Humanos
1993	Declaração de Fé de Cebu, Consulta Inter-países do PNUD sobre Ética, lei e HIV realizada nas Filipinas
1994	Declaração de Dacar, Consulta inter-Países do PNUD sobre Ética, Lei e HIV, realizada no Senegal
1994	Declaração de Paris, Cimeira Mundial do SIDA
1995	Manifesto de Montreal dos Direitos e Necessidades Universais das Pessoas Vivendo com Doença do HIV
1995	Declaração e Plano de Acção de Nova Deli sobre HIV e SIDA, emitida na Conferência Interdisciplinar Internacional: SIDA, Lei e Humanidade
1997	Código da SADC sobre o HIV e SIDA & Emprego que visa consolidar os códigos nacionais de emprego sobre as questões relacionadas com o HIV e SIDA e sensibilizar os empregadores sobre estas questões
1999	A Declaração Grand Baie da OUA que sublinha a importância de lidar com as questões de Direitos Humanos em África
1999	Protocolo de Saúde da SADC que lida especificamente com o HIV e SIDA e ITS, e visa promover as políticas sobre prevenção e gestão que funciona em prol da resposta intersectorial à epidemia
1990	Resolução 45/187 da ONU que enfatiza a necessidade da oposição à discriminação e respeito pelos Direitos Humanos
2000	Declaração de CPLP sobre HIV e SIDA onde entre assuntos, se enfatiza a necessidade de combater todas as formas de discriminação, dando particular atenção à remoção do estigma e combate à discriminação de que as pessoas infectadas e afectadas são alvo

2001	Declaração da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas sobre HIV e SIDA UNGASS sobre a necessidade acção global de combater o HIV e SIDA e outras doenças transmissíveis, como a Malária e a Tuberculose
2001	Declaração e plano de acção de Abuja sobre o HIV e Sida, Tuberculose e outras Doenças Infecciosas Associadas, onde se afirma a necessidade de dar prioridade a luta contra o HIV e SIDA nos planos de desenvolvimento dos países
2001	Declaração da UA emitida pela Comissão Africana, sobre a Resolução dos Direitos Humanos e dos Povos relacionados ao Impacto do HIV sobre os Direitos Humanos de Africanos
2002	O Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados e a UNAIDS reviram as 12 directrizes sobre os Direitos Humanos, publicados em 1996, na segunda consulta internacional sobre HIV e SIDA e direitos humanos em Genebra, acrescentando ao protocolo 6, a questão do acesso universal, o tratamento e medicação, a prevenção, os cuidados e suporte
2003	Declaração de Maseru Sobre o Combate ao HIV e SIDA, que enfatiza o comprometimento em relação a declaração de Abuja, da UNGASS e do Quadro Estratégico da SADC
2003	A Declaração da SADC sobre o HIV e SIDA, que mostra um comprometimento de lidar com a epidemia através de intervenções multi-sectorial.
2003	Declaração de HIV e SIDA emitida pelo Conselho de Ministros da SADC em Maseru, que promove estratégias multi-sectoriais de resposta ao HIV e SIDA.
2004	Declaração da Cidade do Cabo emitida pela UA e UE, sobre Melhor Resposta Parlamentar à Crise das Crianças Órfãs e Vulneráveis em África. Estabelece acções e compromissos concretos para os parlamentares em África. Um dos quais é o desenvolvimento de Planos Nacionais de Acção para Crianças Órfãs e Vulneráveis

ANEXO 2: LISTA DE PESSOAS ENTREVISTADAS

Lista de Instituições Visitadas em cada Província abrangida pelo Estudo:

CABO DELGADO					
Instituição	Pessoa de Contacto	Idade	Nível de Ensino	Função	Há quanto tempo está na instituição
Liga dos Direitos Humanos	Virgínia de Jesus	53	Básico	Coordenadora	7 anos
HDD Pemba	Cesário Augusto	37	Superior	Responsável	3 anos
Medicos Del Mundo	Marina Martinez	35	Superior	Coordenadora	1 anos
Fundação Elisabeth G.	Filipe Garcia	36	Superior	Coordenador	1 anos
Associação ELAPO	Faqui Saíde	38	Superior	Coordenador	2 anos
Associação Kaéria (PVHS)	António Raimo	42	Básico	Coordenador	4 anos
Assesor PGB/DPEC	António Tuzine		Superior	Assessor	2 anos
NPCS CD	Teles Jemuze	30	Superior	Coordenador	4 meses
DPS CD	Zacarias Macurire	48	Médio	Gestor do programa HIV e SIDA	5 anos
DPEC	Silvano Roanacua	53	Superior	Coordenador PGB/ Ponto focal HIV e SIDA	1 ano
Associação Kaéria	Atija Issufo	36	Básico	Activista cuidados Domiciliários	
Associação Kaéria	Rita Tufail	33	Básico	Conselheira HDD	
EDM	Filomena Bartolomeu	N/A	Médio	Ponto focal	3
ECOSIDA	Gebo Fernando Dias	40	Médio	Coord. Prov	6 meses
MONASO	Rodrigues Dikssone	46	Médio	Coord. Prov	2 anos
NAMPULA					
NPCS	Sara Samuel		Mestre	Coordenadora	2 anos
Conselho Cristão Moçambique	Juma Ali	39	Médio	Oficial de Projectos HIV e SIDA	2 anos
Associação Cristo Rei	Mendes Fenito	45	Médio	Coordenador	6 anos
DPMAS	Lourenço Buene	40	Licenciatura	Director Provincial Adjunto	11 anos
PSI-Jeito	Inácia Nhauchua	45	Médio	Coordenadora	2 anos
Okaliana	Heresto Lopes	44	Licenciatura	Coordenador	1 ano e meio
Nivenheyee	Domingos Lucas	28	Médio	Coordenador de Projectos	6 anos
Niwanane	Teresa Mulembué	44	Médio	Coordenadora	5 anos

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO HIV E SIDA & ACESSO AO TARV EM MOÇAMBIQUE – MONASO

Telecomunicações de Moçambique	Sergio Gonçalves	35	Licenciatura	Responsável Comissão HIV e SIDA	
Representante ICAP	Rufino Fernades		-	-	
Jovem Vida Associativa	Veto Mondlane	29	Médio	Coordenador	9 anos
RinoBoss	Silva Afonso	32	Básico	Coordenador	6 anos
RinoBoss	Fiorio Manuel	24	Médio	Oficial de Programas	2 anos
JPSC	Adélito Joaquim	29	Médio	Coordenador	2 anos
JPSC	Amarchande Gomes	30	Básico	Oficial de Programas	2 anos
DPS	Flávio Wate				
Niilipihé	Miguel Amade	39	Básico	Membro da Associação	
Niilipihé	Mário Filipe	31	Médio	Membro da Associação	
Nivenheyeeé	Janet Hernesto	24	Médio	Membro da Associação	
Nivenheyeeé	Alex Mago	26	Médio	Membro da Associação	
Niwanane	Baptista Assane	32	Básico	Membro da Associação	
Niwanane	Menésio Nicola	29	Licenciatura	Membro da Associação	
Aro-Moçambique	Elvira João	22	Médio	Estudante/Activista	5 anos
Aro-Moçambique	Hélder Achiraf	20	Médio	Estudante/Activista	1 ano
Aro-Moçambique	Anifa Reman	24	Médio	Estudante/Activista	1 ano
ZAMBÉZIA					
TDM	Paula António	43	Médio	Representante do Oficial de HIV e SIDA	1 anos
Assoc. de PVHS ASPAMOSA	Leonolde A. Azevedo	38	Básico	Membro e activista	2 anos
Assoc. de PVHS Esperança	Inácio Candrinho	27	Médio	Membro e activista da Ass.	6 anos
Assoc. De PVHS KEWA	Maria I. Victor	51	Básico	Conselheira da Ass. KEWA	4 anos
HDD	Jorge Fernandes	58	Licenciado em medicina	Médico clínica geral	2 anos
NPCS	Meirinho G. Soares Sarifo	23	Médio	Assistente de Comunicação e Informação	1 ano e 10 meses
NPCS	José Neto	34	Licenciado (Admn. Gest Empresas)	Gestor de Programas	4 anos
MONASO	Eugénio Costa	47	Médio	Coordenador	9 anos
MONASO	Catarina Mazive	49	Licenciada	Assistente de Coord.	5 anos
Assoc. KEWA	Ana Maria A. Óscar	39	Básico	Activista	

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO HIV E SIDA & ACESSO AO TARV EM MOÇAMBIQUE – MONASO

Assc. KEWA	Pedro F. Malua	48	Bacharel	Oficial de Projectos	
Assc. KEWA	Linder Francisco	37	Básico	Activista	
Assc. KEWA	Lorante Pedro	21	Técnico Médio	Activista	
Assc. KEWA	Eusébio A. Silva	31	Básico	Activista	
Assc. KEWA	Anita J. A. Martinho	43	Básico	Representante da KEWA	
Assc. KEWA	Josefina Luís	29	Básico	Activista	
Concern	Ana Paula T.Bande	35	Bacharel	Oficial de HIV e SIDA na Concern-Zambézia	2 anos
FHI	Carlos Domingos	49	Médio	Oficial de Comunicação para a mudança de Comportamento da FHI	3 anos
AJOCRI	Cosmo Armando	30	Médio	Gestor de programas/ Secretário Geral da AJOCRI	11 anos
ACCEV	Páscoa Rufai	25	Básico	Activista	3 anos
ACCEV	Talpi Nawera	24	Básico	Activista/artista	1anos
ACCEV	Monteiro Joaquim	29	Básico	Activista/agente comunitário da saúde	1 ano
ACCEV	Márcia Mário	24	Básico	Activista	
ACCEV	Lisete Miguel	23	Básico	Activista/estudante	2 anos
ACCEV	Paulino Ripua	28	Médio	Activista/oficial de Planificação e projectos	8 anos
ACCEV	Alberto Viano	24	Médio	Activista/estudante	4 anos
ACCEV	Celestino Bilasse	30	Médio	Activista/coordenador de programas e projectos	7 anos
SOFALA					
MONASO	Glória Come	42	Médio	Oficial de Programas	6 anos
MONASO	Matilde Cunhaque	40	Médio	Coordenadora Provincial	6 meses
ASKUT	Joaquim Juda Manuel	36	Médio	Presidente da Associação <i>Kutchengetane</i>	2 anos
Associação Rudho Ni Upenhi	Hassane Manuel Birage	33	Básico	Coordenador da Associação <i>Rudho Ni Upenhi</i>	5 anos
Associação <i>Kufunana</i>	Júlio António João	31	Básico	Presidente do Conselho de Direcção da Associação <i>Kufunana</i>	2 anos

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO HIV E SIDA & ACESSO AO TARV EM MOÇAMBIQUE – MONASO

Médcus Mundi	Frederico Savio Cunhete	62	Básico	Coordenador de Projectos na <i>Médicos Mundo Portugal</i>	4 meses
Associação de Fomento para o Desenvolvimento Comunitário (ADC)	Ambasse Luís Ambasse	47	Licenciado	Gestor de Projectos da Associação de Fomento para o Desenvolvimento Comunitário (ADC)	1 ano
Fórum de ONGs de Sofala	Brígida Maura Maria da Silva Mangate	49	Médio	Presidente do Conselho de Direcção do Fórum de ONGs	5 meses
NPCS	Joaquim Mussa	42	Médio	Assistente de Base de Dados e Monitoria & Avaliação do Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA (NPCS)	4 anos
NPCS	Alberto Lourenço	51	Médio	Gestor de Fundos do Núcleo Provincial de Combate ao HIV e SIDA (NPCS)	5 anos
FHI	Nora José Tomo	42	Médio	Assistente de Treinamento da Fundação Contra Fome	1 ano
DPS	Marina Karagianes	40		Médica-chefe Provincial de Sofala	4 meses
ACIS	Hemma Tengler	51	PhD	Coordenadora do Programa de HIV e SIDA na Associação Comercial e Industrial de Sofala (ACIS)	4 meses
DPS	Alberto João Baptista	39		Director Provincial de Saúde de Sofala Médico de Clínica Geral	4 anos
DPTC	Luís António Jone	55	Básico	Chefe de Secretaria e Ponto Focal para o HIV e SIDA na Direcção Provincial dos Transportes e Comunicações de Sofala	10 anos
ASKUT	Luísa Tivane	32	Básico	Activista	
Ass. Kufinana	Laxisone Ribeiro	22	Básico	Activista	

Ass. Na Comunidade	Cristino Dino	35	Primário	Activista	
GAZA					
TDM	António Lichale				
TDM	Manuel Manhique				
TDM	Armindo Massango				
TDM	Sureia Miquidade				
NPCS	Rogério Morreira			Coordenador	> 5 anos
NPCS	Adelino Xerinda			Assessor para Planificação, Monitoria e Avaliação	> 5 anos
NPCS	Lalide Alide			Assessora para a Sociedade Civil	> 5 anos
UDEBA-LAB	Aurora Margarida Sabino			Coordenadora do projecto de HIV e SIDA na UDEBA-LAB	> 5 anos
Save the children	José Macarringue			Director Adjunto Da Save The Children Gaza	> 1 ano
	Manuel Victorino Luís			Supervisor Para Capacidade Institucional	> 5 anos
EDM	Maria Fernanda Quiço			Directora Da Edm - Gaza	
Assoc. Reencontro	André Langa			Oficial De Monitoria E Avaliação Reencontro	> 5 anos
Pathfinder	Rafael Cossa			Coordenador Da Pathfinder-Gaza	+/- 1 ano
MONASO	César Tembe			Coordenador Da Monaso Gaza	> 5 anos
Geração BIZ	Severino Ngole			Coordenador Da Geração Biz-Gaza	> 5 anos
FONGA	Anastácio Matavele			Presidente	> 5 anos
	Milagrosa Mavungo			Coordenadora Ong	> 10 anos
	Eurico Carlos			Supervisor De Enfermagem Ong	> 5 anos
	Milagrosa David Bembele			Supervisora Ong	> 5 anos
DPS	Nurbai Calú Xerinda			Directora Provincial De Saúde De Gaza	> 5 anos
DPS	Carla Palege			Médica Chefe Provincial	> 5 anos
DPS	Américo Mujovo			Médico Responsável Do Hospital De Dia- Hospital Provincial De Xai-Xai	> 5 anos

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO HIV E SIDA & ACESSO AO TARV EM MOÇAMBIQUE – MONASO

DPMAS	Estevão Mondlane			Chefe Do Departamento Da Acção Social	> 5 anos
Ass. PVHS	Laura Nuvunga			Conselheira	
Ass. PVHS	Remate Sulemane			Conselheira	
Ass. PVHS	Mariana Fabião			Conselheira	
Ass. PVHS	Esperança Gazite			Conselheira	
Assoc. Lado a Lado	Natércia Duvane			Coordenador	
Assoc. Lado a Lado	Idalência Alberto			Responsável Do PTV	
Associac. Kuvumbana	Francisco Fenias Sumbana			Supervisor Dos Cuidados Domiciliares Da Kuvumbana	
VISAO MUNDIAL	Maria Bambo			Actista VISAO MUNDIAL	
VISAO MUNDIAL	Suzana Das Dores			Actista VISAO MUNDIAL	
ASSOCIAÇÃO CRISTÃ HLAISSANE – BILENE MACIE	José Siteo			Actista ASSOCIAÇÃO CRISTÃ HLAISSANE – BILENE MACIE	
ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE - CHIBUTO	Felizardo Matsombe			Actista ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA COMUNIDADE - CHIBUTO	
WORLD RELIEF - CHÓCKE	Nuno Alexandre			Activista WORLD RELIEF - CHÓCKE	
CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE – XAI-XAI	Lécio Ezequiel			Activista CRUZ VERMELHA DE MOÇAMBIQUE – XAI-XAI	
ASSOCIAÇÃO NTSUNDZUKA - BILENE	Nato Ezequiel			Activista ASSOCIAÇÃO NTSUNDZUKA - BILENE	
ASSOCIAÇÃO NTCHAVELELO - MANJAKAZE	André Taela			Activista ASSOCIAÇÃO NTCHAVELELO - MANJAKAZE	
ASSOCIAÇÃO MUCHEFA	Henriqueta Mondlane			Activista ASSOCIAÇÃO MUCHEFA	
ASSOCIAÇÃO JUVENIL CRISTÃ – NTSUNDZUKA - BILENE	João Luís Xavier			Activista ASSOCIAÇÃO JUVENIL CRISTÃ – NTSUNDZUKA - BILENE	
ASSOCIAÇÃO PEDALAR - CHÓKWE	Carla Eulália Chongo			Activista Associação Pedalar - Chókwe	

ANÁLISE DA SITUAÇÃO DO HIV E SIDA & ACESSO AO TARV EM MOÇAMBIQUE – MONASO

ASOCIACAO JUVENIL CHAMA DA VIDA	Atália Carlos Chachuaio	24		Secretária- Associacao Juvenil Chama da Vida	
ASOCIACAO JUVENIL CHAMA DA VIDA	Samuel Alfredo	22		Coordenador da Associação Juvenil Chama Da Vida	
ASOCIACAO JUVENIL CHAMA DA VIDA	Armando Penicela Siteo	21		Tesoureiro Da Associação Juvenil Chama Da Vida	
Maputo					
ECOSIDA	Balbina Santos	50	Bacharel	Oficial De Programa e Políticas	1 ano
MONASO	Ana David			Directora Executiva da Monaso	4 anos
CNCS	Páscoa Themba			Directora Para Área De Planificação Monitoria e Avaliação	5 anos
CNCS	Izidio Nhantumbo			CNCS-Monitoria e Avaliação	> 5 anos
MISAU	Alfredo Macarthur		Doutorado	Programa ITS/HIV e SIDA	>10 anos
MISAU	Lília Jamisse		Especialista	Saúde Da Comunidade-Ptv	>10 anos
MISAU	Rui Bastos		Especilista	HCM-HDD	>10 anos
MISAU	Florindo Mudender		Doutorado	Assistência Medica TARV	2 anos
Kindlimuka	Mateus Madogolela	41	Básico	Coordenador De Cuidados Domiciliários e Aconselhamento	7 anos
MATRAM	César Mufanequisso			Coordenador	
MISAU-DAM	Florindo Mudender			Médico	