



Mulheres e HIV/SIDA: Os Silêncios e as Vozes em Moçambique, Africa do Sul e Brasil – Políticas públicas e acesso aos serviços de saúde

Isabel Maria Casimiro*¹

Resumo

A epidemia da SIDA cresce em Moçambique, África do Sul e Brasil, com magnitudes diferentes, sendo também diferentes os enfoques e as respostas institucionais para o seu desafio e as estratégias das forças sociais na defesa do direito à saúde. Esta epidemia toma rumos opostos em relação às políticas de saúde adotadas pelos três países, aproximando-se, todavia, quando se analisam os impactos da SIDA em situações de vulnerabilidade frente à pobreza, desigualdades de género e raça. A dimensão é distinta nesses países. Contudo a expressão da vivência com HIV/SIDA aponta similaridades, numa conjuntura internacional de globalização económica, com incidência de políticas de ajuste estrutural sobre as políticas sociais. A pesquisa envolvendo a Universidade Eduardo Mondlane, a de Cape Town e a Federal de Pernambuco, pretende aprofundar os significados e conteúdos dessas desigualdades para entender quais os reais bloqueios e avanços para o acesso aos serviços de referência para SIDA. Queremos perceber os preconceitos e os medos que envolvem a vida dos portadores da doença. Interessa-nos discutir como estão organizados os serviços de saúde e como isso se repercute na vida de mulheres, mas também de homens, marcados por desigualdades de rendimento, género e cor/etnia, que precisam do apoio do Estado, das políticas públicas – de saúde, assistência social, habitação, educação e outras, nem sempre efectivas e presentes.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Saúde; desigualdades sociais; HIV/SIDA.

Abstract

AIDS epidemic is growing in Mozambique, South Africa and Brazil, with different magnitudes, and different institutional responses to the epidemic and also the strategies of the social forces defending the human right to health. This epidemic takes opposite directions in relation to health policies adopted by the three countries, when considering the impacts of AIDS in vulnerable situations to poverty, gender inequalities and race. However, the expression of living with

* Centro de Estudos Africanos, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo, Moçambique. Email: isabelmaria.casimiro@gmail.com

HIV/AIDS shows similarities, in an international context of economic globalization. Research involving Eduardo Mondlane University, Cape Town and the Federal de Pernambuco, in Brazil aims to deepen the meaning and content of these inequalities. This article seeks to understand prejudices and fears surrounding the life of HIV/AIDS sufferers. It discusses how health services are organized and how it affects the lives of women, but also men, marked by income, gender and color/ethnicity inequalities, who need state support of public policies – health, social care, housing, education and other, which are not always effective and available.

Key Words: Public Policies; Health; social inequalities; HIV/AIDS.

Introdução

Em 2011 equipas de pesquisa da África do Sul, Brasil e Moçambique iniciaram o projecto Desafio do SIDA nas suas dimensões socioeconómicas, culturais e políticas.²

A pesquisa tinha como propósito aprofundar os significados e conteúdos das desigualdades relacionadas com o desenvolvimento da epidemia de HIV, para entender os bloqueios e avanços no acesso aos serviços de saúde para o tratamento do HIV e SIDA. Pretendia-se também conhecer como os três países têm enfrentado a epidemia desde os anos de 1980 – 1990, saber como estão organizados os serviços de saúde e como podem melhorar para atender pessoas com HIV e SIDA.³

As equipas envolviam, em Moçambique, membros do Centro de Estudos Africanos (CEA) e da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da Universidade Eduardo Mondlane (UEM) e do Fórum Mulher – Coordenação para Mulher no Desenvolvimento.⁴

A África do Sul e o Brasil já haviam participado numa pesquisa anterior intitulada Desigualdades, pobreza e AIDS no Brasil e na África do Sul. Determinantes e mobilização social, 2009-2010, com a participação de pesquisadoras e pesquisadores da Universidade de Cape Town (UCT), na África do Sul e da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, no Brasil. A pesquisa foi parte dum intercâmbio das duas universidades por meio de doutoramento sandwish financiado pela CNPq⁵ e do Programa de Cooperação em Ciência, Tecnologia e Inovação com países de África – PROAFRICA (2009). Como resultado desta primeira pesquisa foi editado o livro *DESAFIOS À VIDA. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*.⁶

A África do Sul e Moçambique têm uma epidemia de HIV generalizada e com sérios problemas de políticas públicas e serviços de saúde – ainda que Moçambique tenha sido dos primeiros países Africanos a criar uma Comissão sobre SIDA, em 1986, e em tempos de guerra - o que não acontece com o Brasil que, desde o início, com o fim da ditadura e sobretudo devido às lutas dos movimentos sociais, obrigou o Estado a responsabilizar-se pelo seu enfrentamento. As realidades aproximam-se, todavia, quando se analisam

os impactos da doença em situações de vulnerabilidade frente à pobreza, desigualdades de género e raça. A expressão da vivência com HIV/SIDA aponta similaridades, situações de discriminação e estigma dos Portadores de HIV/SIDA, sobretudo mulheres, numa conjuntura internacional de globalização económica capitalista, com incidência de políticas de reajustamento estrutural sobre as políticas sociais.

Desde que o 1º caso de SIDA foi diagnosticado clinicamente, em 1986, em Moçambique, num médico clínico geral, de origem haitiana, na província nortenha de Cabo Delgado e, apesar da situação de guerra terminada com o Acordo de Paz em Outubro de 1992, o país foi criando condições para enfrentar a doença. Em Agosto de 1986 já havia sido criada a primeira entidade responsável pela coordenação da resposta nacional contra a epidemia, denominada Comissão Nacional da SIDA, de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Entretanto, apesar desta rápida resposta e ainda em situação de guerra e talvez por isso mesmo e outras razões que importa conhecer, a doença alastrou e transformou-se numa pandemia.

A partir da década de 90 têm sido realizadas pesquisas e consultorias para conhecer a doença em Moçambique. A realidade porém é que ela continua a colocar-nos enormes desafios, sobretudo às políticas públicas, aos serviços de saúde, à economia do País e ao bem-estar de cidadãs e cidadãos.

De acordo com o PEN III – 2010-2014,⁷

Moçambique vive um ambiente de epidemia do HIV severa. Actualmente, 15 por cento de mulheres grávidas entre os 15 e 49 anos de idade vivem com o vírus causador da SIDA. A epidemia tem um carácter heterogéneo em termos geográficos, sociodemográficos e socioeconómicos: mulheres, residentes urbanos, pessoas residindo nas regiões sul e centro são mais afectadas pelo HIV e SIDA. A principal via de transmissão continua a ser heterossexual em cerca de 90 por cento dos casos em adultos. Entre os principais factores impulsionadores da epidemia destacam-se os parceiros sexuais múltiplos e concomitantes; baixos níveis de utilização do preservativo; alta mobilidade e migração associada à elevada vulnerabilidade; prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes; relações transaccionais; desigualdade de género e violência sexual; e níveis baixos de circuncisão masculina.

Ainda de acordo com o PEN III,

O HIV e SIDA constitui o mais sério risco para o desenvolvimento do país, ameaçando reverter os ganhos dos últimos anos do ponto de vista do desenvolvimento social e económico. Para enfrentar esta situação, o Governo de Moçambique ratificou diversas declarações e convenções regionais e internacionais que visam reduzir o número de novas infecções do HIV e o impacto do SIDA no país. Entre os instrumentos globais e regionais ratificados por Moçambique

destacam-se a Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA da Sessão Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas (UNGASS) (2001) e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio... (2001).

Face a estas constatações preocupantes e também alarmantes as equipas de pesquisa nos três países colocaram algumas questões que estimularam e orientaram a pesquisa:

- As políticas públicas adoptadas no contexto do capitalismo neoliberal enfrentam as desigualdades de género – raça – classe - orientação sexual?
- Como se está a enfrentar o sistema violência – SIDA – machismo - desigualdades económicas nos serviços de saúde?
- Quais as diferenças no contexto cultural relacionadas com as práticas sexuais, casamento, valores familiares? Como as sexualidades estão a ser abordadas?
- É possível prevenir o HIV, ou viver com qualidade tendo SIDA nesse contexto?
- Quais são as dificuldades dos serviços na gestão das desigualdades?
- Quais as dificuldades para o tratamento Anti-retroviral? Como é o acesso para tratar das doenças oportunistas e os efeitos colaterais dos medicamentos? Quais as diferenças para homens e mulheres?
- Qual a proveniência das pessoas atendidas nas unidades sanitárias? Como é o atendimento? (organização de alguns serviços e sua localização, horários de atendimento, organização das salas de espera e os serviços oferecidos)?

Entendemos pela revisão da literatura que as estratégias governamentais adoptadas em diferentes períodos seguem um modelo internacional articulado pela ONU, OMS, USAID, Banco Mundial: abstinência, fidelidade e uso do preservativo (*ABC, Abstinence, Be Faithful, Condomize*). Há desigualdades sociais e semelhantes: a dominação masculina e a violência de género. Entretanto, a grande diferença nos três países é a acção do Estado, que tem sido mais actuante no Brasil.

Objectivos, marco teórico e metodologia, unidades de observação

Objectivos

Esta pesquisa definiu como objectivos:

- Avaliar o acesso das pessoas que vivem com HIV/SIDA aos serviços de saúde de referência, na sua interacção com os determinantes económicos e sociais que incidem nas estratégias e políticas de saúde frente à epide-

mia do SIDA no Brasil, na África do Sul e Moçambique, com ênfase nas desigualdades de classe, género, orientação sexual e raça.

- Analisar a acção do Estado e a articulação dos movimentos da sociedade civil pela garantia do direito à saúde, especificamente em relação ao acesso a serviços de saúde e aos medicamentos anti-retrovirais no Brasil, na África do Sul e Moçambique.
- Comparar esse acesso no Brasil, na África do Sul e Moçambique, identificando os avanços e desafios nos três países.

Espera-se que esta pesquisa contribua para:

- O fortalecimento da capacidade de luta contra a epidemia de SIDA nos seus aspectos de feminização, pauperização e interiorização;
- A contribuição para aprimoramento de políticas públicas;
- Melhoramento da parceria entre as instituições do Estado e os movimentos sociais que trabalham na área do HIV e SIDA e fortalecimento da sua capacidade de intervenção;
- Publicação de livro para socializar os resultados.

Marco teórico e metodologia

O acesso aos serviços de saúde relacionados com os PVHS (Pessoas vivendo com HIV e SIDA) remete-nos de imediato à perspectiva dos Direitos Humanos (DDHH), em termos ontológicos e metodológicos. O que queremos dizer com isto?

Os DDHH como proposta de humanização das relações sociais, inscritas em relações de poder,⁸ define para o seu paliativo três princípios básicos de humanização: o princípio de igualdade, o princípio de não-discriminação e o princípio de universalidade.

Na pesquisa em Moçambique ligamos ao seu objecto de estudo, Desafio do SIDA nas suas dimensões socioeconómicas, culturais e políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique, 2011-2012, como base as relações sociais entre homens e mulheres, assim como entre ambos os sexos, ou como se costuma denominar, relações de género, ligadas intimamente às relações de classe, às relações de poder.

É assim que podemos diferenciar as seguintes categorias analíticas a ser utilizadas: relações de género, relações de classe e o debate da pobreza unindo ambas as relações.

Porém, a nossa categoria ‘guarda-chuva’ é e será, a igualdade substantiva, a partir do conceito de igualdade contido na CEDAW – Convenção sobre a Eliminação de todas as formas de discriminação contra as Mulheres – e teorizada por Alda Facio (1992). A igualdade substantiva incorpora na sua

definição e acção três princípios de DDHH, que são: a não-discriminação, a responsabilidade do Estado e a igualdade perante a lei (igualdade *de jure*).

Uma análise da igualdade substantiva leva-nos a identificar os seguintes factos:

- A igualdade como princípio normativo, não em termos de ser mas de dever ser;
- A igualdade não é um facto senão um valor estabelecido;
- A igualdade concebe-se só como um dos três princípios que juntos constituem a realização prática do princípio da igualdade;
- Uma igualdade baseada no gozo e no exercício dos direitos humanos que, portanto, permite tratamento distinto, ainda por parte da Lei, quando a situação é distinta.

Contudo, a igualdade formal não elimina todas as desigualdades reais entre homens e mulheres (assim como entre as pessoas de diferentes camadas sociais) que existem na sociedade, daí que, se requer da conjunção dos outros dois princípios, o princípio de não-discriminação e a intervenção e responsabilidade do Estado.

Por isso, é importante observar que o problema não é a igualdade *de jure* em si, senão o facto de muitas das vezes não se reconhecer que as mulheres estão numa situação desigual e discriminatória em relação aos homens ou de se utilizar o *standard* masculino para a garantia dos direitos das mulheres.

Na CEDAW, quanto às responsabilidades do Estado exige-se que, para implementar uma política de igualdade de oportunidades, se tenha em conta os factores sociais que incidem na desigualdade.

O nosso objecto de estudo, Desafio do SIDA nas suas dimensões socioeconómicas, culturais e políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique, 2011-2012, ligado à perspectiva conceitual seleccionada, leva-nos a identificar o direito à saúde em geral e das mulheres em particular como direito humano específico.

Privilegiamos a definição de HeRWAI⁹ sobre o direito à saúde que diz que este inclui a disponibilidade, aceitação e qualidade dos cuidados de saúde (apropriados e oportunos). Acrescentando que a saúde é um direito fundamental, que influencia todos os aspectos da vida, incidindo, e sendo incidido por vários outros direitos, considerados como determinantes à saúde. Consideram-se determinantes de saúde a distribuição de recursos, diferenças nas relações de género e o acesso à educação e informação relacionados com a saúde. Para efeito desta pesquisa estima-se de relevância a educação e informação relativa aos Direitos Sexuais e Reprodutivos e a uma Educação não Sexista. Também, no âmbito desta investigação as relações sociais de

género ocupam um papel, mais além do seu carácter de determinantes da saúde, sendo assim consideradas como categoria sub-base, perante o contexto de feminização do SIDA em Moçambique.

Desta maneira, o nosso quadro de análise contempla as seguintes categorias analíticas:

- Igualdade substantiva,
- Direito à saúde,
- Determinantes à saúde,
- Relações de género,
- E relações de classe.

Há um reconhecimento crescente de que o HIV/ SIDA não pode ser abordado sem questionar a desigualdade nas relações de género e a necessidade de haver uma comunicação e um diálogo abertos sobre questões tabu como o sexo, as relações sexuais, os direitos sexuais e reprodutivos e a morte. Reconhece-se também a necessidade de trabalhar com mulheres e homens de diferentes grupos etários, em conjunto ou separadamente.

Os instrumentos regionais e internacionais relativos ao HIV/SIDA afirmam que é necessário eliminar a desigualdade de género, o abuso e a violência com base no género, bem como aumentar a capacidade das mulheres e das raparigas adolescentes de se protegerem da infecção por HIV. O acesso à saúde sexual e reprodutiva tem sido e continua a ser essencial para a resposta ao SIDA e os governos têm a responsabilidade de fornecer serviços de saúde pública focalizados nas necessidades das famílias, particularmente das mulheres e das crianças. Também é fundamental rever as leis e as políticas que têm um impacto adverso na implementação de programas bem-sucedidos, efectivos e iguais de prevenção de HIV, de tratamento, cuidado e apoio às pessoas que vivem com e são afectadas pelo HIV.

As causas da epidemia de HIV estão fortemente enraizadas nos contextos sociais, culturais, económicos e de género. Isto aplica-se igualmente à prevenção e ao tratamento do HIV, bem como à compreensão dos direitos e ao exercício de deveres. De modo a se ter um impacto significativo na prevenção e tratamento do HIV e a alcançar a concretização plena dos direitos humanos em relação com esta epidemia, tem de haver um envolvimento significativo de mulheres e homens e das comunidades.

A mudança de normas e valores sociais requer que as políticas governamentais (políticas sociais e económicas), bem como os valores sociais e comunitários se alterem e que esta modificação possa ser sustentada durante um período longo. A mobilização social é uma das estratégias que pode ser

usada para mobilizar a população, as comunidades e as famílias, de modo a garantir as transformações necessárias para travar o alastramento desta doença.

Pode ser implementada uma abordagem multisectorial para alterar as normas e os valores sociais. Segundo a UNAIDS, há 4 aspectos que têm de ser tidos em consideração no âmbito de uma abordagem alargada:

- Abordar os factores sociais e estruturais que impulsionam a epidemia;
- Influenciar as normas sociais que têm impacto sobre os comportamentos e a incidência;
- Transformar as respostas educativas;
- E melhorar a compreensão da natureza transformadora da educação.

O sector da educação desempenha um papel crucial ao moldar as normas e os valores sociais e os professores são, simultaneamente, vectores de normas sociais e agentes de transformação. Porém, o sector da educação não pode mudar a sociedade por si só. Outros processos e actores sociais são necessários para complementar o trabalho deste sector, incluindo organizações de base religiosa, associações comunitárias e associações sociais. Os homens e os rapazes devem ser mobilizados como parceiros para compreender a importância da igualdade de género (incluindo a necessidade de alterar as normas relacionadas com a masculinidade), as comunidades devem compreender a importância de manter as raparigas na escola, bem como o aumento de comportamentos de risco com o abuso de álcool e outras substâncias.

As alterações comportamentais são um fenómeno complexo e produto da interacção de factores individuais, sociais e estruturais. Os esforços de transformação social têm de ser capazes de abordar todos estes factores, ao mesmo tempo que se concentram nas necessidades reais, ainda não entendidas como tal, das comunidades e das mulheres e homens. Esta abordagem exige um envolvimento expressivo dos cientistas sociais na concepção de intervenções adequadas.

Também é crucial para o sucesso da intervenção primária a alteração de normas relativas à masculinidade, violência de género, parceiros múltiplos e concorrentes, mistura de idades, álcool, estigma e outros impulsionadores sociais de comportamentos de risco. Estas normas determinam tanto a motivação para a recepção de serviços como para a alteração de comportamentos relacionada com estas intervenções.

Métodos e Técnicas de Pesquisa e Unidades de Observação

Para a condução da pesquisa o método seleccionado foi o qualitativo, tendo para tal sido feita a revisão da literatura com base em documentos científicos, relatórios, planos estratégicos, instrumentos nacionais, regionais e internacionais, as políticas públicas em saúde e sociais. Para a recolha de

dados privilegiou-se a entrevista semi-estruturada, os grupos de discussão, as narrativas, histórias de vida e observação participante.

Foram seleccionadas como unidades de observação o Hospital Geral José Macamo, no Distrito Municipal KaHlamankulo, a sua Maternidade e Centro de Saúde, e o Centro de Saúde 1º de Junho no Bairro Ferroviário, no Distrito Municipal KaMavota, na cidade de Maputo.

O Hospital José Macamo, a Maternidade e o Centro de Saúde atendem residentes dos Bairros de Hlamankulo, Malhangalene, Luís Cabral, Inhagóia, Unidade 7, cidade da Matola e por vezes da cidade e de Boane (a 30 km de distância).

Não sendo um Hospital de referência¹⁰ atende muitos pacientes com HIV e SIDA.

O contexto do País e da epidemia

Aspectos gerais e socioeconómicos

Moçambique localiza-se na faixa sul-oriental do Continente Africano, entre os paralelos 10°27' e 26°52' de latitude Sul e entre os meridianos 30°12' e 40°51' de longitude Este. A Norte faz fronteira com a Tanzânia; a Oeste com o Malawi, Zâmbia, Zimbabwe, África do Sul e Suazilândia; e a Sul com a África do Sul. Toda a faixa Este é banhada pelo Oceano Índico numa extensão de 2,470 km.

Tabela 1: Divisão espacial

Superfície	799,380 Km ²
Províncias	11
Distritos	144
Municípios	43

Fonte: INE www.ine.gov.mz

Moçambique tornou-se independente de Portugal em 1975, após dez anos de Luta Armada de Libertação Nacional movida pela Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), entre 1964-74.

O País passou por 16 anos de guerra Civil envolvendo as forças do governo dirigido pelo partido Frelimo e as da RENAMO (Resistência Nacional Moçambicana) terminada em 1992 com a assinatura do Acordo Geral de Paz.

Após a aprovação pela então Assembleia Popular, em Novembro de 1990 da Constituição da República, que assegura o multipartidarismo, a divisão de poderes, a liberdade de associação e de expressão, e do Acordo de Paz de 1992, realizaram-se 4 eleições Gerais (1994, 1999, 2004, 2009 e 2014) e 4 eleições autárquicas (1998, 2003, 2008 e 2013).

Tabela 2: Dados Demográficos / Indicadores Socioeconómicos

Indicadores	2007	2011
População	20,632,434 hab.	23.049.621 hab.
População masculina	9.930.196 hab.	11.108.128 hab.
População feminina	10.702.238 hab.	11.941.493 hab.
População masculina (%)	48,1	48,2
População feminina (%)	51,9	51,8
População, 0-14 (%)	46,9	45,3
População, 15-59 (%)	48,6	50,1
População, 60+ (%)	4,6	4,7
População urbana (%)	30,4	31,0
População rural (%)	69,6	69,0
Índice de masculinidade (homens em cada 100 mulheres)	92,8	93,0
Densidade demográfica (Km ²)	25,3	28,8
Taxa de crescimento da população (%)	2,8	2,8
Taxa bruta de natalidade (por mil)	42,2	41,4
Taxa bruta de mortalidade (por mil)	13,8	13,5
Taxa de mortalidade infantil (por mil)	93,6	86,2
Taxa global de fecundidade (filhos/mulher)	5,7	5,6
Esperança de vida, total (em anos)	50,9	52,4
Esperança de vida, homens (em anos)	48,8	50,4
Esperança de vida, mulheres (em anos)	52,9	54,5
Taxa de Mortalidade Materna (por 100.000 nascimentos)	500,1	

Fonte: INE www.ine.gov.mz

Tabela 3: Dados socioeconómicos

Indicador	2007
Taxa de analfabetismo, total (%)	50,3
Taxa de analfabetismo, homens (%)	34,5
Taxa de analfabetismo, mulheres (%)	64,1
Crianças dos 6-17 anos fora da Escola (%)	34,3
População com curso superior concluído (%)	
Homens	70,6
Mulheres	29,4
População segundo tipo de curso superior concluído (%)	
Bacharelato	23,4
Licenciatura	58,9
Mestrado	11,9
Doutoramento	5,9
Incidência da Pobreza % 2008/9	54,7
Pessoas em situação de pobreza alimentar 2008/9	11,7 Milhões de pessoas
Famílias Moçambicanas vivendo abaixo da linha de pobreza (%) 2009	54,7
Índice de Desenvolvimento Humano (2010)	0,47
População Economicamente Activa 15 anos e+ (PEA, 2007)	86,5
População Economicamente Não Activa (PNEA, 2007)	13,5
Receita média mensal do país por agregado familiar	1.560 MT (55. 7 USD)
PIB (%), 2011	7,30
PIB per capita (USD), 2011	450,00
Acesso a água potável (%) 2009	42

Fonte: INE www.ine.gov.mz

A população do país e o HIV e SIDA

O primeiro caso de SIDA em Moçambique é diagnosticado na província nortenha de Cabo Delgado num médico de clínica geral, de origem haitiana em 1986. Em Agosto de 1986, já havia sido criada a primeira entidade responsável pela coordenação da resposta nacional contra a epidemia, denominada Comissão Nacional da SIDA, bem nos moldes propostos pelas cartilhas da OMS; também no mesmo ano foi criado o Centro de Coordenação da SIDA (CCS) como órgão que deveria gerir a implementação quotidiana do programa. Em Março de 1987 é criada a Equipa epidemiológica da OMS com o objectivo de estabelecer as bases e propor recomendações para estudos epidemiológicos, identificação e caracterização da estirpe do vírus HIV predominante no país.

Até Março de 1988 são notificados seis (6) casos de SIDA em Moçambique e nesse mesmo ano é criado o Programa Nacional de Controlo das ITS/HIV/SIDA; estabelecido o Programa de Vigilância Epidemiológica para o HIV/SIDA; e Moçambique participa no Encontro Mundial dos Ministros de Saúde, onde é aprovada a Declaração Sobre Prevenção do SIDA de Londres.

Em 1996 A ONUSIDA começa a trabalhar em Moçambique, com o mandato de apoiar o país a consolidar a sua resposta contra o HIV/SIDA e coordenar o apoio disponibilizado pelo sistema das Nações Unidas; nesse ano e em 1997 começam a funcionar os Hospitais de Dia com abertura de duas unidades de atendimento nas cidades de Maputo e Chimoio (província de Manica, centro do país) respectivamente, sendo uma solução politicamente correcta adoptada por Moçambique, para prestar assistência aos doentes de SIDA, com o apoio da Cooperação Francesa. Em 1998 é realizado o primeiro Inquérito Nacional sobre Preservativo e Prevenção da SIDA.

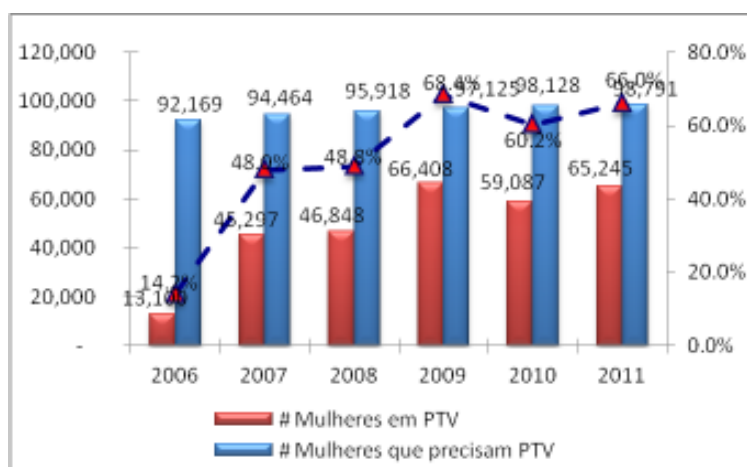
A 23 de Maio de 2000 é criado o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS) como uma instituição do Estado; e no ano 2002 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) que em 2004 se torna num programa nacional, para além de ter sido integrado nos serviços de Saúde Materno-Infantil.

Na Tabela 4 e Gráfico 1 podemos constatar quando começou o serviço PTV no país e como era a disponibilidade por unidades sanitárias, bem como a cobertura, quantas mulheres estão e quantas precisam do PTV.

Tabela 4: Evolução das Unidades Sanitárias em PTV

Ano	Unidades sanitárias
2002	8
2006	222
2007	386
2008	500
2009	744

Fonte: PEN III (2010)

**Gráfico 1:** Tendências de cobertura do PTV de 2006 a 2011

Fonte: Relatório Global de Progresso da Resposta ao VIH e SIDA 2012 em Moçambique (GARPR, 2012)

Só em 2011, foram atendidas 1.063.012 mulheres grávidas, das quais 869.490 foram testadas, sendo que Moçambique dispunha, em 2012, de 1.063 unidades sanitárias com (PTV) do HIV.

O diagnóstico precoce infantil foi introduzido no início de 2006 em quatro unidades sanitárias, marcando o início do tratamento anti-retroviral para crianças. A tabela 5 demonstra a evolução do TARV em crianças.

Tabela 5: Evolução Tratamento Anti-Retroviral (TARV) em crianças

2007	6.210
2011	23.053

Fonte: PEN III (2010)

Observando os gráficos que se seguem podemos constatar qual tende a ser a tendência de cobertura do TARV pediátrico e a evolução do número de crianças que estão em TARV, bem como a tendência de cobertura e também a evolução de adultos em TARV. Ambos grupos etários demonstram uma tendência crescente.

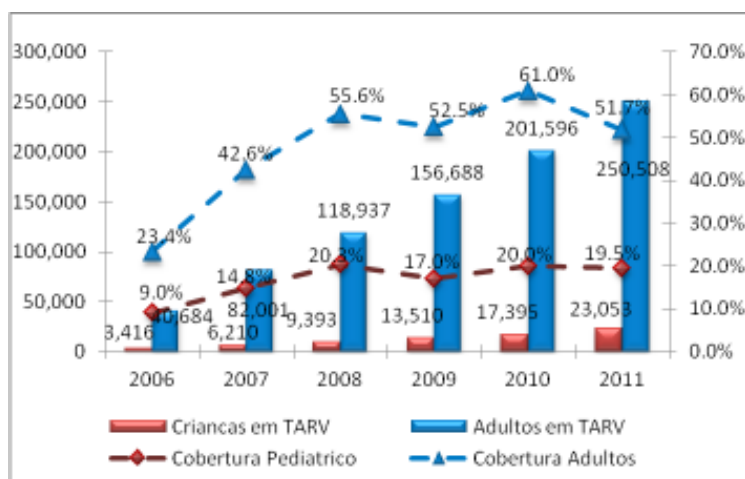


Gráfico 2: Tendência da cobertura de TARV, 2007-2011

Fonte: GARPR, 2012

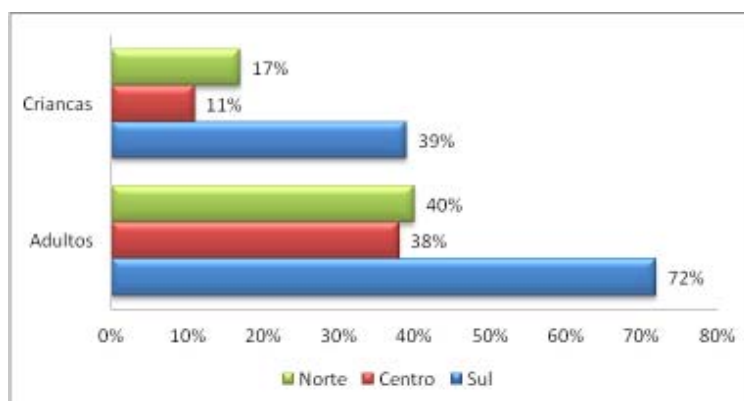


Gráfico 3: Cobertura de TARV por região, em adultos e crianças, em 2011

Fonte: GARPR, 2012

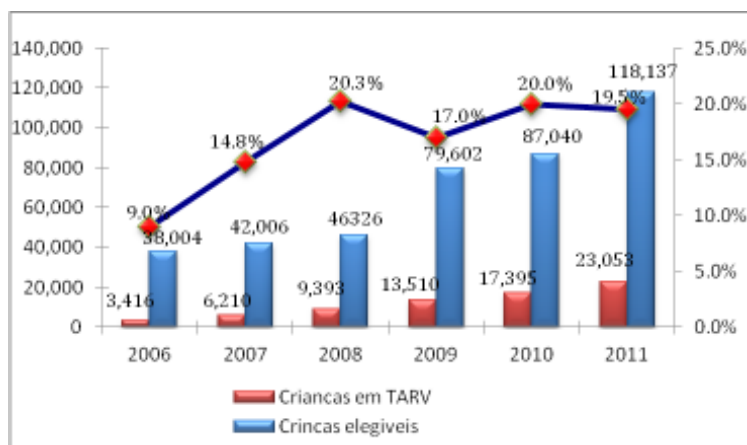


Gráfico 4: Tendências de cobertura do TARV pediátrico de 2006 a 2011

Fonte: GARPR, 2012

Tabela 6: Seroprevalência em Mulheres Grávidas (%)

Idade/região/ gestação	2001	2002	2004	2007	2009
15 – 19	8,6	9,8	12,4	7,7	8,2
20 – 24	15,1	15,1	19,2	16,2	14,9
25 – 29	14,9	13,9	16,3	13,6	18,5
30 – 49	11,3	14,2	15,5	13,0	12,7
Sul	15,2	16,8	20,0	20,3	22,2
Centro	16,0	15,4	19,1	15,4	15,1
Norte	6,0	8,3	10,1	7,4	7,9
Urbano	15,3	18,0	19,0	18,7	22,1
Rural	9,0	12,0	12,7	9,4	9,5
1ª gravidez	9,8	9,4	13,0	10,0	10,5
2+ gestações	14,3	14,0	17,9	14,6	16,6
Nacional	14,2	13,7	16,0	13,2	13,7

Fonte: GARPR, 2012

Prevalência na População Adulta

De acordo com o INSIDA, a prevalência nacional em 2009 era de 11,5 por cento no seio dos adultos com idades entre os 15 e 49 anos. A prevalência do HIV era mais acentuada entre as mulheres (13,1%) do que entre os homens (9,2%) e mostrava-se bastante variável entre as províncias, de 3,7 por cento em Niassa, província ao norte do país, a 25,1 por cento em Gaza, província no sul. A prevalência estimada do HIV para adultos na região sul é de 17,8 por cento, na região centro situa-se nos 12,5 por cento e na região norte é de 5,6 por cento. No gráfico 5 podemos observar a evolução da seroprevalência na população adulta desde 1988 e também as estimativas por região até 2015.¹¹

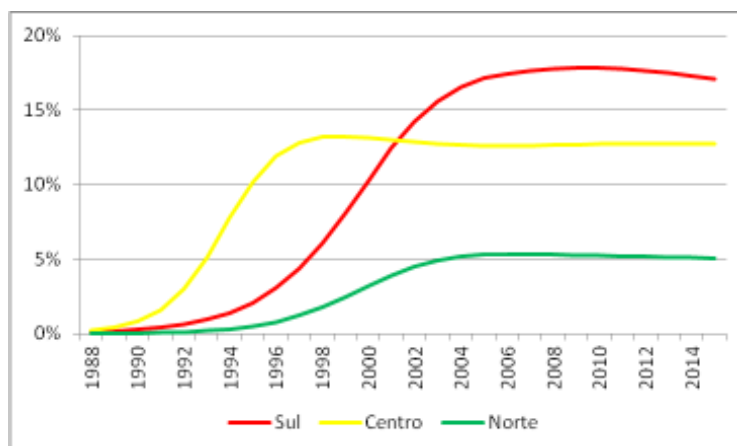


Gráfico 5: Prevalência em População Adulta

Fonte: GARPR, 2012

Do Sistema Nacional de Saúde e os serviços do HIV e SIDA

De acordo com a WLSA Moçambique (2012),¹²

O Sistema de Saúde em Moçambique inclui o sector público e o sector privado com fins lucrativos. Destes, até agora, o sector público que se organiza através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional.

Hospitais e Postos de Saúde

O Serviço Nacional de Saúde (SNS) está organizado em quatro níveis de atenção. O **nível primário** (I) corresponde aos Postos e Centros de Saúde que têm como função executar a estratégia de Cuidados de Saúde Primários (CSP). Estas Unidades Sanitárias constituem o primeiro contacto da população com os Serviços de Saúde. O Centro de Saúde, tendo sob sua responsabilidade a Saúde da População e do Ambiente, deve assegurar a cobertura sanitária de uma população dentro de uma zona geográfica bem definida pela Área de Saúde.

O **nível secundário** (II) é composto pelos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais que têm como função prestar Cuidados de Saúde Secundários e constituem o primeiro nível de referência para os doentes que não obtêm resposta nos Centros de Saúde.

O **nível terciário** (III) é composto pelos Hospitais Provinciais e constituem a referência para os doentes que não encontram soluções ao nível dos Hospitais Distritais, Rurais e Gerais bem como dos doentes

provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde situados nas imediações do Hospital Provincial e que não têm Hospital Rural ou Geral para onde possam ser transferidos.

O **nível quaternário** (IV) é composto pelos Hospitais Centrais e constitui a referência para os doentes que não encontram soluções ao 25 nível dos Hospitais Provinciais, Distritais, Rurais e Gerais bem como para os provenientes de Hospitais Distritais e Centros de Saúde que se situam nas imediações do Hospital Provincial e que não têm nem Hospital Provincial, Rural ou Geral para onde possam ser transferidos. Neste nível situam-se também os Hospitais Especializados que prestam cuidados muito diferenciados de uma só especialidade. De referir que estes hospitais só podem ser criados quando se prova ser essa a forma mais eficaz de prestação de cuidados dessa especialidade.

Outras informações disponíveis dão conta de que:

- O Serviço Nacional de Saúde não cobre 42 por cento do território nacional
- Existe 1 Unidade sanitária para cada 10.000 habitantes
- 56 a 57 por cento dos partos são institucionais
- Só 10 por cento dos PVHS recebe TARV
- Não há controlo de quem continua ou não o TARV
- Subida espectacular de novos casos nos Postos Sentinela.

Nos anteriores relatórios do Ministério da Saúde, CNCS e outros, em relação a Moçambique falava-se de grupos vulneráveis; no último relatório diz-se que a vulnerabilidade é extensível a toda a população moçambicana. Porém mantém-se uma desinformação sobre os grupos sempre reconhecidos como vulneráveis – camionistas de longo curso, prostitutas, homossexuais, lésbicas e crianças.

O País continua a não conseguir responder a certos indicadores exigidos pelas Nações Unidas: não se sabe nada do que acontece no ambiente de prostituição; não há informação exacta sobre homens que fazem sexo com homens.

Existem duas informações contraditórias sobre as relações intergeracionais pois, de acordo com o CNCS elas parecem estar a diminuir, mas o PSI e mais 4 organizações fizeram uma pesquisa conjunta, afirmando o contrário, ou seja, que se está perante uma FEMINIZAÇÃO DO SIDA INTERGERACIONAL.

Avanços e desafios

Moçambique tem elaborado políticas de saúde e subscrito e adoptado instrumentos internacionalmente produzidos e assumidos no âmbito do combate à pandemia do SIDA. Contudo, a situação de pobreza a que está sujeito que se reflecte na exiguidade de recursos humanos, materiais, financeiros e infra-estruturas sanitárias coloca desafios significativos à melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos que deles precisam em particular pessoas vivendo com SIDA.

Existem muitas dificuldades relativas ao acesso, garantia de tratamento, e direitos de PVHS. De acordo com o *Jornal Notícias* (09/11/2012, pg. 5):

Num universo de 119 mil elegíveis apenas 21,5 por cento de crianças recebe TARV.

Das 532.405 pessoas adultas vivendo com HIV que necessitam de TARV apenas 297 mil beneficiam, representando cerca de 50 por cento dos adultos elegíveis. De um total de 118.824 crianças que necessitam do TARV no país apenas 25.597 beneficiam, o que corresponde a uma cobertura de apenas 21,5 por cento», palavras do Primeiro-Ministro de Moçambique, Dr. Alberto Vaquina na sessão de abertura da reunião dos titulares da pasta da saúde e dos ministros responsáveis pelo combate ao HIV/SIDA da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral (SADC) que decorreu em Maputo no dia 9 de Novembro de 2012 (*Jornal Notícias*, 09/11/2012, pg. 5).

O governante moçambicano (Primeiro-Ministro) recordou aos presentes que a SADC se tornou no «epicentro» da dupla epidemia de tuberculose (TB) e HIV/SIDA e que o impacto destas doenças, incluindo a malária e diarreias, quer no país, quer na região, é agravado pelos elevados índices de desnutrição como o resultado da «extrema» pobreza em que vive a maioria da população e pela limitada capacidade da resposta do Serviço Nacional de Saúde (SNS).

Como fragilidades do sistema de saúde Vaquina apontou, entre outras, o subfinanciamento, dependência externa e a falta de previsão de desembolsos, aliada a deficiência de transparência na gestão dos fundos disponíveis. «A área de medicamentos é crucial para a credibilidade do sistema no seu todo mas, infelizmente, em 2011 e 2012 temos registado rupturas frequentes de medicamentos», reconheceu o Primeiro-Ministro» (*Jornal Notícias*, 09/11/2012, pg. 5).

Numa visita realizada ao maior hospital público do País, o Hospital Central de Maputo, o Ministro da Saúde procurou inteirar-se dos «problemas

existentes e encontrar soluções para melhorar a prestação dos serviços aos utentes». Constatou que, «Na Medicina, o HIV teve um peso de cerca de 50 por cento na globalidade das doenças, seguido de hipertensão arterial primária com perto de 12 por cento. A malária e a tuberculose situam-se na oitava e décima posições». Ou seja, a SIDA é a principal causa de morte no HCM (Jornal *Notícias*, 05/11/2012, pg.3).

Infelizmente, constatámos que a nível dos serviços de Medicina, a maior parte dos internamentos têm a ver com HIV/SIDA, o que influencia na mortalidade. Tal significa que temos de fazer um trabalho conjunto com as comunidades de modo a reverter esta situação», referiu o Ministro da Saúde.

Apesar dessas dificuldades foi possível identificar alguns avanços, de acordo com uma profissional dos Serviços de Saúde:

No centro de saúde criou-se os comités de saúde, composto por pessoas do bairro formadas para darem palestras sobre a doença, palestras sobre cuidados pré-natais, nutrição, havendo doentes resgatados para a unidade sanitária e os comités têm conhecimentos dos bairros e as pessoas que lá vivem. A partir dos comités de saúde há aproximação com a comunidade (Enfermeira Média do SMI, CS1ºJ, 30/03/12).

Alguns dos desafios prendem-se, por exemplo, com a falta do envolvimento dos parceiros nas consultas para permitir a mudança de comportamento,

... porque se a mulher tem um resultado positivo ao teste o resultado é dela e como há parceiros múltiplos há alastramento. Ponto chave é o envolvimento dos homens nas consultas. É preciso deixar de pensar que eu fui infectado por alguém, então também tenho que transmitir aos outros e viver em segredo quanto á seroprevalência. O homem quando sabe que é seropositivo engravida a mulher para que ela vá fazer o teste e lhe atribui a culpa do estado dos dois». Por outro lado e, como referiram nas entrevistas, «transporte até o serviço de saúde não há. (Enfermeira Média de SMI, CS1ºJ, Olga Xirindza, 30/03/2012).

Ainda sobre os desafios Diogo Milagre refere-se do seguinte modo:

No meio urbano os serviços melhoraram substancialmente. No meio rural, acesso privilegiado para quem vive na periferia das unidades sanitárias, para quem está longe há problemas de distribuição, sendo um acesso relativo. É um desafio do país quanto à oferta e melhorias dos serviços.

Há que melhorar e **humanizar os serviços**, colocando-os ao encontro das preocupações dos pacientes.

Quanto à falta dos ARV há segurança de provisão pelo menos até a Agosto de 2012, pelo fundo global e parceiros internacionais para que não haja ruptura.

Temos 275.000 pessoas em tratamento. Quantidade em termos de demanda, o número de pessoas é cada vez mais crescente na perspectiva do protocolo da OMS, mas pelos critérios basta que o paciente seja diagnosticado e deve logo ser administrado, então é um problema de contagem do CD4 do paciente.

Quanto ao tratamento aos portadores do HIV/SIDA há uma erosão da qualidade dos serviços.

O **encerramento dos Hospitais de Dia**, para ver a unidade sanitária como um sistema, não como um conjunto de várias unidades, era um ideal, de modo a tratar os doentes como iguais. A ideia do Hospital de Dia é porque o doente traz consigo outros problemas psicossociais que vão além da administração de medicamentos, mais sim pela possibilidade de conversa, onde as pessoas trocam impressões. Falharam no ideal, sendo que o serviço não está preparado para lidar com as necessidades de ordem psicológica, por isso há longas 'bichas' e não conseguem ficar à vontade e lidar com as questões como um paciente normal (Membro do CNCS, Diogo Milagre, 13/03/2012).

Continuam a registar-se problemas com o **preconceito** e o **estigma**. Como referido numa reportagem do jornal @ *Verdade*¹³

Superação do preconceito perante as crianças com HIV/SIDA. Está razoável. Alguns negam fazer o teste com medo do preconceito. Há pessoas que fazem o teste aqui e depois negam o resultado dizendo que não podem ter a doença e vão fazer de novo o teste em outra unidade, mas o resultado é o mesmo. Os que negam que estão infectados dizem que são coisas de feitiçaria ou alegam que os vizinhos é que fizeram com que estejam infectados (Enfermeira, serviço de Medicina, HGJM, Felismina Tovela, 11/06/2012).

Pela minha experiência acumulada, vou falar o seguinte: a maneira como é vista a doença desde o Estado, as pessoas, é o **primeiro princípio do abandono**. Porque o paciente já vem para a unidade sanitária sozinho às vezes, e muitas das vezes, pedimos para ele vir com um confidente, alguém da família, uma amigo que é para partilhar e ser um suporte... Se houvesse a possibilidade de envolvermos algumas pessoas, a esposa, os filhos, nós iríamos reduzir as taxas de abandono... Ele vem sozinho, é segredo dele...

Homens abandonam mais, mas as mulheres também. Os homens na maior parte deles é por causa de trabalho, viaja, é camionista, enquanto que as mulheres às vezes estão no lar, o marido não deixa (Técnico do Centro de Colaboração em Saúde (CCS), Marcos Dava, CJM, 15/08/2012).

Um outro desafio está relacionado com a qualidade de vida dos PVHS, referido em algumas das entrevistas realizadas.

Para os nossos informantes, a qualidade de vida da maioria das pessoas não é das melhores, deve-se ter em conta também o meio onde vivem, o saneamento do meio. Deve haver mais educação alimentar mais prática e não teórica (Membro do CNCS, Diogo Milagre, 13/03/2012).

Quando o doente está debilitado no dia da alta entrega-se ao confidente do doente uma cesta básica composta por soja e papinate (Atpu), mas agora papinate é só para as crianças. (Enfermeira do Serviço de Medicina, Felismina Tovela, HGJM, 11/06/2012).

No que diz respeito ao efeito dos medicamentos nos PVHS foi-nos dito que,

Há mudanças no comportamento, no físico, depende do organismo, da reacção ao ARV. Devido ao Doriven, cresce a barriga, há borbulhas e manchas na pele (Psicólogo do CSJM, António Alberto, 31/07/2012).

O meu corpo fica muito pesado, não aguento andar, tenho tonturas (Grupo Focal de Homens, CSPC, 27/08/2012).

Outros desafios apontados estão relacionados com as longas horas de espera pela consulta e também na Farmácia,

Reclamam somente na hora de espera, o ânimo é outro, atrasos, filas na Recepção, filas na Farmácia. Chegam todos às 7,30 hr, mas não são todos atendidos à mesma hora, mas sim às 13 ou 14 hr (Enfermeira do CSJM, Cristina Novela, 31/07/2012).

Outras questões abordadas nas entrevistas dizem respeito às Mães que estão em PTV e que têm de seguir determinadas orientações em relação à amamentação:

As mães seropositivas que os maridos não sabem, que têm receio de informar e ser expulsas de casa. 'Meu marido é confuso', dizem. Devem ter 6 meses de amamentação exclusiva, mas a sogra diz que tem de dar remédio da lua. E elas não querem revelar o seu estado sereológico. Como lidar com isto se não querem contar, às vezes nem ao marido, nem á sogra, mentem que o remédio pode causar lesões ao bebé (Enfermeira do CSJM, Cristina Novela, 31/07/2012).

Antes as mulheres seropositivas deviam amamentar somente até 6 meses e depois suspender, no entanto, por esconderem o estado (na tentativa de salvar o lar) a nova abordagem permite que a mulher continue a amamentar até aos 2 anos. Os problemas familiares também impõem esta abordagem porque era frequente os membros da família por não terem nada com que se alimentar usarem o suplemento que era dado para criança e como resultado já não cobria os dias definidos aquando da distribuição. Acabam amamentando por 2 anos, mas antes de desamamentar a criança deve tomar os ARV até uma semana antes do desmame (Enfermeira Média SMI, CS1ªJ, Olga Xirindza, 30/03/2012).

A questão do não envolvimento dos maridos nas consultas, no acompanhamento das mulheres, foi também abordada em algumas entrevistas:

Há melhoramento na parte das mulheres, mas dificuldades na parte masculina. As mulheres ocultam aos maridos. ... O preconceito melhorou muito. Há conversa entre as mulheres, No Centro de Saúde está superado, mas na família não (Enfermeira Média SMI, Delfina Sabonete, HGJM, 15/08/2012).

As pessoas mais conhecedoras são as mais prevaricadoras. A falta do envolvimento do parceiro nas consultas não permite a mudança de comportamento. Por exemplo adolescentes de 9 a 24 anos têm namoradas e têm pitas e com nenhuma usam o preservativo. Persiste o comportamento de transmitir o vírus para o outro. O homem usa a mulher como bode expiatório e transmite a culpa à mulher. Há uma tentativa de uma ONG dos EUA, M-CHIP, de criar maternidade modelo onde as consultas pré-natais devem ser acompanhadas pelos parceiros até ao dia do parto. O problema está tanto na instituição como nas famílias. O processo acontece em todos os hospitais provinciais e gerais. As pessoas estão muito sensibilizadas.

Não há encontro directo entre o governo os que trabalham directamente com os problemas no contexto da saúde reprodutiva. Sobre a ronda epidemiológica, quando chega a altura de se fazer a pesquisa só os do Ministério é que participam. Quando chega o dia do lançamento só estão directores nacionais e provinciais. Se pelo menos nos chamassem para saberem das nossas dificuldades, mas nunca acontece (Enfermeira Média SMI, Olga Xirindza, CS1°J, 30/03/2012).

Conclusões: Os Silêncios e as Vozes

Moçambique tem a nível nacional elaborado políticas de saúde, subscrito e adoptado instrumentos internacionalmente produzidos e assumidos no âmbito do combate à pandemia do SIDA. Contudo, a situação de pobreza a que está sujeito que se reflecte na exiguidade de recursos humanos, materiais, financeiros e infra-estruturas sanitárias coloca desafios expressivos na melhoria da qualidade de serviços de saúde oferecidos aos que deles precisam em particular pessoas vivendo com SIDA.

O Sistema de Saúde em Moçambique inclui o sector público e o sector privado com fins lucrativos. Destes, até agora, é o sector público que se organiza através do Serviço Nacional de Saúde (SNS) que constitui o principal prestador de serviços de saúde à escala nacional (WLSA Moçambique, 2012).

Moçambique está situado na região Austral de África onde os índices da prevalência do HIV/SIDA são mais elevados. O país é considerado dos mais pobres, sujeito a vulnerabilidades de carácter natural, por um lado, como por exemplo as cheias, secas cíclicas e ciclones como consequência das mudanças climáticas globais. E por outro, a vulnerabilidade provocada pelo

ser humano através de políticas desajustadas e excludentes em particular nas áreas de educação e de saúde com impacto nos mais pobres. Por estes motivos Moçambique apresenta uma situação crítica na área da saúde se comparado com outros países da região Austral de África. Os constantes atropelos na implementação das políticas têm consequências violentas para os mais pobres e em particular para as mulheres, crianças, idosos e os infectados e afectados por diversas enfermidades crónicas.

De acordo com o INSIDA, a prevalência nacional era de 11,5 por cento no seio dos adultos com idades entre os 15 e 49 anos em 2009. A prevalência do HIV era mais acentuada entre as mulheres (13,1 por cento) do que entre os homens (9,2 por cento) e mostra-se bastante variável entre as províncias, de 3,7 por cento em Niassa a 25,1 por cento em Gaza. A prevalência estimada do HIV para adultos na região Sul é de 17,8 por cento, na região Centro situa-se nos 12,5 por cento e na região Norte é de 5,6 por cento.

Outros aspectos que dificultam o desafio a esta pandemia estão relacionados com os seguintes factores: o Serviço Nacional de Saúde não cobre 42 por cento do território nacional; existe 1 Unidade sanitária para cada 10.000 habitantes; apenas 56 a 57 por cento dos partos são institucionais; só 10 por cento dos PVHS recebe TARV; não há controlo de quem continua ou não o TARV; verifica-se uma subida espectacular de novos casos nos Postos Sentinela.

O HIV SIDA teve, em 2012, no HCM, principal unidade hospitalar do país, um peso de 50 por cento na globalidade das doenças, seguido de hipertensão arterial primária com perto de 12 por cento. A malária e a tuberculose situam-se na oitava e décima posições, de acordo com o Ministro da Saúde, numa visita realizada em princípios de Dezembro de 2012 ao maior hospital do País, na cidade capital Maputo.

Alguns dos desafios prendem-se, por exemplo, com a falta do envolvimento dos parceiros nas consultas para permitir a mudança de comportamento, às Mães que estão em PTV e que têm de seguir determinadas orientações em relação à amamentação.

Existem muitas dificuldades relativas ao acesso, garantia de tratamento, e direitos de PVHS. Os silêncios são a marca principal da doença, continuando a registar-se problemas com o preconceito e o estigma. Como referido numa reportagem dum jornal, *quem discrimina e rejeita mata mais que o próprio vírus e o estigma é pior que o SIDA*. Por isso a importância das associações de portadores da doença procurando dar voz a quem é discriminado a vários níveis. São muitas as associações que trabalham com os Serviços de Saúde no desafio a esta epidemia, mas nem sempre com os devidos apoios e reconhecimento.

Um outro repto está relacionado com a qualidade de vida dos PVHS, referido em algumas das entrevistas realizadas, em que os entrevistados fizeram referência ao efeito dos medicamentos nos PVHS, falando em tonturas e sensação de peso, num contexto de alimentação deficiente.

Outros desafios apontados estão relacionados com as longas horas de espera pela consulta e também na Farmácia para levantar os medicamentos todos os meses.

Muita pesquisa tem sido realizada nas últimas duas décadas. Quais as lições aprendidas? Que implicações para as mudanças nos serviços de saúde e nas políticas públicas?

Como referido por um membro sénior do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), Moçambique continua a ter de enfrentar enormes desafios com esta pandemia: acesso ao tratamento a todos os níveis; melhoramento do tratamento nas unidades sanitárias; apoio alimentar e nutricional; acesso a programas que desenvolvam actividades para sensibilização das famílias; direito a aconselhamento digno, voluntário e confidencial; direito a não ser discriminado. Por outro lado algumas das leis não são acompanhadas de regulamentos que permitiriam a sua aplicação (Membro do CNCS, Diogo Milagre, 13/03/2012).

Notas

1. Coordenadora da investigação em Moçambique e organizadora do artigo. Ver nota 4 com informação da equipa da pesquisa. A coordenação geral da pesquisa estava a cargo de Ana Cristina Vieira, professora do Centro de Ciências Sociais Aplicadas e da Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, Brasil.
2. Entenda-se desafio como enfrentamento no projecto de pesquisa geral.
3. Este artigo apresenta partes do relatório de pesquisa elaborado pela equipa de Moçambique em finais de 2012.
4. Do Centro de Estudos Africanos: Isabel Casimiro, Ana Piedade Monteiro, Hélio Maúngue e Crisófia Langa. Da Faculdade de Letras e Ciências Sociais da UEM, Departamento de Geografia, Ximena Andrade Jorquera; do Curso de Ciência Política o assistente de pesquisa, Hussein Rupava. Da associação Fórum Mulher – Coordenação para Mulher no Desenvolvimento, Maira Domingos. A pesquisa teve apoio do CNPq, Brasil, e da OSISA, Open Society Initiative for Southern Africa.
5. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
6. Rocha, Solange, Ana Cristina de Souza Vieira e Raquel Cavalcante Soares (orgs) 2011 *DESAFIOS À VIDA. Desigualdades e HIV/Aids no Brasil e na África do Sul*. Editora Universitária UFPE, Recife, Brasil.

7. República de Moçambique, Conselho de Ministros 2010 PEN III 2010-2014 – SE-CNCS, Plano Estratégico Nacional de Resposta Nacional ao HIV e SIDA 2010-2014. Aprovado na 10ª Sessão do Conselho de Ministros de 23 de Março de 2010, Maputo, pp. ix e Contexto, 4º§.
8. Daí que, para esta investigação, o poder, é considerado como uma característica inerente às diversas relações sociais de uma sociedade. Considerando as relações de poder como, quase fixas, assimétricas, onde as possibilidades de resistência (reação) sempre estão latentes.
9. Aim for Humans Rights, 2008, *Health Rights of Women Assessment Instrument*, Utrecht, The Netherlands.
10. Moçambique nunca teve unidades sanitárias de referência para o tratamento do HIV/SIDA. Existiram Hospitais de Dia, dentro das unidades sanitárias, para atendimento a doentes do HIV/SIDA. Todavia, os mesmos foram encerrados em 2008.
11. Há que ter em conta que o ano de 2015 é o ano das metas dos ODM's , e o GARPR tem igualmente metas em relação ao combate ao VIH/SIDA.
12. Osório, Conceição 2012, *Violação Sexual de Menores. Um estudo de caso na cidade de Maputo*. WLSA Moçambique.
13. Jornal @ *Verdade*, 30 de Novembro de 2012, pp. 16-17.

Bibliografia

- Bergh-Collier, Edda Van den, 2007, *Um Perfil das Relações de Género. Edição Actualizada de 2006. Para a Igualdade de Género em Moçambique*. ASDI. Departamento da Democracia e do Desenvolvimento Social. Impresso por Edita Communication AB, 2007, Art. nº: SIDA31600pt. www.sida.se/publications.
- Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2012, *Relatório de Avaliação Conjunta Anual de 2011*. Maputo, Abril.
- Governo de Moçambique, 2009, *Plano de Acção Nacional Multisectorial sobre Género e VIH e SIDA, 2010-2015*, Maputo.
- Governo de Moçambique, 2011, *Plano de Acção para Redução da Pobreza (PARP) 2011-2014*. Aprovado na 15ª Sessão Ordinária do Conselho de Ministros, 03 de Maio de 2011, Maputo.
- Governo de Moçambique, 2010, *Plano Quinquenal do Governo 2010-2014*. Resolução nº 4/2010 de 13 de Março, Maputo.
- Governo de Moçambique, 2002, *Lei nº 5/2002 de 5 de Fevereiro, Lei de Protecção de Pessoas que vivem com VIH/SIDA*. Boletim da República, Maputo, 13 de Fevereiro de 2002.
- IFTRAB, 2005, *Inquérito Integral à Força de Trabalho*, Maputo, INE.
- INE, 2010, *Projeções Anuais da População Total, Urbana e Rural, 2007-2040*, Maputo.
- INE, 2010, *Portal Estatísticas de Moçambique* (www.ine.gov.mz).
- INE, 2007, *Recenseamento Geral da População 2007* (www.ine.gov.mz).

- INSIDA, 2009, *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH e SIDA em Moçambique. Relatório Preliminar sobre a Prevalência da Infecção por VIH*. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Saúde, Maputo, Moçambique.
- INSIDA, 2010, *Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o VIH e SIDA em Moçambique (INSIDA)*. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Saúde, Maputo, Moçambique, Julho.
- Kadzandira J.M., 2010, «Underlying and predisposing Factors in HIV Transmission in Southern Malawi: A Qualitative Baseline Assessment for the Malawi BRIDGE II Project in Chiradzulu, Blantyre and Neno Districts». Draft Report. Study commissioned by John Hopkins University/Centre for Communications Programmes (JHU/CCP) for Malawi BRIDGE II.
- Meena, Ruth, 1992, «Gender Research/Studies in Southern Africa: An Overview». In: Meena, Ruth (editor) *Gender in Southern Africa. Conceptual and Theoretical Issues*. SAPES Books, Harare, pp. 1-30.
- Ministério do Plano e Desenvolvimento, 2010, *Pobreza e Bem-Estar em Moçambique: Terceira Avaliação Nacional*, Maputo.
- Ministério do Plano e Desenvolvimento, 2010, *Inquérito sobre o Orçamento Familiar (IOF)*, Maputo.
- Ministério da Saúde, 2011, *Plano Estratégico Nacional de Cuidados Integrados*. Maputo, Outubro.
- Monteiro, Ana Piedade Armindo, 2011, «HIV/AIDS Prevention Intervention in Mozambique as Conflict of Cultures: The Case of Dondo and Maringue districts of Sofala Province». PhD Thesis, Witwatersrand University, Johannesburg.
- Montejo, Alda Facio, 1992, *Cuando el género suena cambios trae (una metodología para el análisis de género del fenómeno legal)*. 1ª Ed., ILANUD, San José, Costa Rica.
- Republic of South Africa, 2011, «National Strategic Plan for VIH and AIDS, STIs and TB, 2012-2016. Draft Zero for Consultation – NSP 2012-2016». 5 August 2011.
- República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2010, *Plano Estratégico Nacional de Resposta Nacional ao VIH e SIDA 2010-2014 (National Strategic VIH and AIDS Response Plan 2010 – 2014) (PEN III)*, Maputo.
- República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao SIDA, 2012, *GARPR (Relatório Global de Progresso de Resposta ao VIH e SIDA para o período 2010-2011, 2012)*. Maputo, Março.
- Republic of Mozambique, National AIDS Council, 2010, *UNGASS. United Nation General Assembly Special Session on HIV and AIDS. Progress Report, 2008-2009*. Maputo, Mozambique, March.
- República de Moçambique, 2011, *Plano Económico e Social de 2011 (PES 2011)*, Maputo.
- República de Moçambique, 2010, *Plano Económico e Social para 2010 (PES)*, aprovado a 16 de Abril de 2010, Maputo.

- Rocha, Solange, Ana Cristina de Souza Vieira e Raquel Cavalcante Soares (orgs), 2011, *DESAFIOS À VIDA. Desigualdades e VIH/Aids no Brasil e na África do Sul*. Editora Universitária UFPE, Recife, Brasil.
- Samo, Graça, Diogo Milagre, Solange Rocha and Percina Meque, 2011, 'Monitoring Aid Effectiveness in a Gender Perspective. Final Report', UN Women, Maputo.
- Tvedten, Inge; Margarida Paulo e Minna Tuominen, 2009, *Género e Pobreza no Norte de Moçambique. CMI Relatório*.
- UNAIDS, 2010, *UNAIDS Report on the Global AIDS epidemic*. In: www.avert.org/africa-hiv-aids-statistics.htm.