



**Qualitative study to evaluate the effects of the community mobilization activities to prevent HIV and utilize health services in Mozambique**

**Rosa Said, Maria Elena Figueroa & Maria Carrasco**

**November, 2015**



## Contents

Acronyms .....	4
Executive Summary.....	5
Introduction .....	14
Purpose of the study.....	16
Groups that were formed and/or participated in PACTO.....	16
PP facilitators and PP groups .....	16
TTHV groups.....	16
Grupos de Acção (GA) .....	17
Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC) .....	17
Grupos de Auto-Ajuda (GAA) .....	17
Methods.....	17
Study approach .....	17
Area of the study and data collection methods .....	17
Data analysis .....	19
Ethical considerations .....	19
Results Evidence 1: Creation of an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma.....	20
Demand for HIV testing and linkage to care.....	20
Pre-ART care.....	23
Adherence to PP behaviors.....	24
Continued challenges.....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>
Participation of the community members and community leaders in PACTO activities to stimulate demand and access of HIV/AIDS community and health services .....	29
Results evidence 2: Creation of an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma.....	30
Reductions in HIV stigma .....	30
Changes in gender equity .....	32
Community members' and leaders' participation in HIV/AIDS activities .....	34
Results evidence 3: Individual and family level outcomes promoted by PACTO that helped to increase HIV prevention and treatment.....	35
HIV testing individual and family knowledge and attitudes .....	35
ART adherence individual and family knowledge and attitudes .....	36

Spousal support attitudes .....	37
Results evidence 4: Improved integration between clinics and community organizations to support HIV prevention, and treatment uptake and adherence .....	38
Referral network between CBOs and health services providers .....	38
Counter referrals from health services to community services .....	43
Access to HIV/AIDS services at health centers and CBOs (supply side).....	44
Linkages among the various support groups (PP, GA, TTHV, GAAC, GAA) .....	44
Discussion.....	45
Conclusions .....	47
Bibliography .....	<b>Error! Bookmark not defined.</b>

## Acronyms

ADCR	Associação para o Desenvolvimento das Comunidades Rurais
ACIDECO	Associação Cristã Interdenominacional para o Desenvolvimento da Comunidade
ADPP	Ajuda de Desenvolvimento do Povo para o Povo
AGATV	Associação Amigos do GATV
AMODEFA	Associação Moçambicana para o Desenvolvimento da Família
AMUCHEFA	Associação de mulheres chefes de família
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CB DOT	Observação Directa e Tratamento Baseado na Comunidade
CCP	Center for Communication Programs
CNBS	Comité Nacional de Bioética para a Saúde
CM	Circuncisão Médica
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
GAA	Grupo de Ajuda Mútua/Auto-ajuda
GA	Grupo de Acção
GAAC	Grupos de Apoio à Adesão Comunitária
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IRB	Institutional Review Board
IST	Infecção de Transmissão Sexual
JHU	Johns Hopkins University
OCB	Organização de Base Comunitária
PMTCT bebé)	Prevention of Mother To Child Transmission (Prevenção da transmissão da mãe para
PNCTL	Programa Nacional de Controlo da Tuberculose e Lepra
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
PP	Prevenção Positiva
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TCE	Total Controle da Epidemia (programa da ADPP Moçambique)
TTHV	Tchova Tchova Histórias de Vida
UATS	Unidades de Aconselhamento e Testagem em Saúde
US	Unidade Sanitária

## Executive Summary

### Background

With approximately 1.4 million people (11.3%) living with HIV, Mozambique remains one of the ten countries most affected by the HIV/AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa and the World (UNAIDS, 2014). The 2009 INSIDA survey revealed that 13.1% of women and 9.2% of men ages 15-49 have HIV. Additionally, only 17% of women and 8.9% of men aged 15-49 are aware of their HIV status, even though two thirds of infected couples are zero-discordant (INS, INE, & Macro, 2010). While the HIV prevalence among people aged 15-49 has stabilized since 2007 (at 11.3%) (World Bank 2013), there is a need to prevent new infections and ensure access to health services and treatment to those affected and infected by HIV/AIDS in the country.

The Government of Mozambique (GOM) has taken important steps to scale up and improve access to HIV/AIDS services (GOM, 2009). To support GOM efforts, in October 2010, the USAID Mission in Mozambique awarded the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (CCP), a four-year grant, to implement PACTO (Prevenção Activa e Comunicação para Todos), a project focusing on HIV Combination Prevention. PACTO combines structural, behavioral and service related interventions to achieve increased adoption of HIV prevention practices, and increased utilization of HIV services. PACTO was implemented in collaboration with Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC) in the provinces of Gaza and Maputo, and in Maputo city; and it had three primary objectives:

1. Promote HIV/AIDS service utilization
2. Generate community-level effects that reduce stigma and create a supportive environment for people living with HIV
3. Support increased collaboration between clinics and community organizations to improve access and adherence to HIV/AIDS prevention, care, and treatment services.

PACTO sought to improve access to HIV/AIDS services by building linkages between communities, PLHA networks, and community-based organizations (CBOs) with available HIV health services. This was done through the strengthening of a referral and counter-referral network among HIV health services and community services providers. PACTO used a *continuum of prevention* approach, which included health promotion activities for people living with HIV/AIDS (PLHA) and their families to increase health seeking behavior.

In April 2014 the JHUCCP PACTO team conducted qualitative research in Maputo Province, Gaza Province, and Maputo City to explore the effects of PACTO's community mobilization activities, specifically those related to TchovaTchova Histórias de Vida (TTHV), Positive Prevention (PP) and Parent-Child Communication (PCC) in HIV/AIDS prevention and use of services in the project communities. The study was conducted in health units, community based organizations (CBOs), and communities.

The study sought the following evidence of changes promoted by PACTO:

- Evidence 1: Increased use of services, specifically HIV testing, ART uptake, and PTV;

- Evidence 2: Creation of an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma;
- Evidence 3: Individual and family level outcomes promoted by PACTO that helped to increase uptake of HIV prevention and treatment;
- Evidence 4: Improved integration between clinics and community organizations to support HIV prevention, care, and treatment.

The study used qualitative methods including focus group discussions (FGDs) with community members and members of groups (PP, GAs e GAA and GAAC); and in-depth interviews with users of health services, focal points at health centers, service providers, and CBO representatives. Additionally, the study also included short individual structured interviews with PACTO collaborators from partner CBOs. The purpose of the structured interviews was to gauge the level of the various activities undertaken by the facilitators of TchovaTchova Histórias de Vida (TTHV), and Positive Prevention (PP).

## **Main results**

### **Results Evidence 1: Increased use of services, specifically HIV testing, ART uptake, and PTV**

#### ***Demand for HIV testing and linkage to care***

According to community members projects like PACTO contribute to mobilize people to access HIV counseling and testing at the health units and to access and adhere to HIV treatment. They, however, indicate that there are still some community members who refuse to access HIV testing due to stigma or to the idea that HIV infection is not a serious illness.

Os provedores reconhecem o apoio que as OCBs e os activistas prestam na comunidade para informar e remeter pessoas às US, mas nem todos têm um conhecimento muito preciso da parceria da sua US com as OCBs parceiras do PACTO. Os provedores que têm um maior conhecimento da parceria OCBs/PACTO reportam os benefícios para ampliar o acesso aos serviços de HIV, testagem e tratamento e busca activa dos faltosos, além da melhoria dos mecanismos de controlo criados para o sistema de referência às US.

O papel do Ponto Focal da OCB na US para organizar o atendimento, receber e encaminhar aos serviços os utentes referidos pelos grupos de apoio na comunidade, e solicitar apoio na busca dos faltosos é considerado indispensável pelos provedores. Os representantes das OCBs, por sua vez, também enfatizam as vantagens de contar com um Ponto Focal e activistas na comunidade para disseminar informações, referir os serviços apoiar na adesão ao TARV. Além disso, as OCBs destacam o papel do TTHV para orientar a população sobre os equipamentos comunitários de apoio a conflitos familiares e dar segurança sobre os serviços de saúde disponíveis.

#### ***Pre-ART care***

Muitas pessoas diagnosticadas com HIV não cumprem as recomendações dos provedores antes de iniciar com o TARV, isto é, evitar comportamentos de risco, melhorar a alimentação, ir periodicamente à US para fazer novos exames etc., a não ser que elas sejam acometidas de algum problema de saúde que exija a procura inevitável de serviços de saúde. Por exemplo, alguns depoimentos indicam é que, em face da infecção não se manifestar ou da dificuldade de fazer exames regulares (devido a problemas

como distância dos serviços, demora no atendimento, falta de dinheiro para deslocamento, entre outros), muitas pessoas desistem de fazer controlos, isto é, de ir regularmente às US para avaliar as suas taxas de CD4 ou outros exames.

### ***Adherence to PP behaviors***

Os membros da comunidade reconhecem que actualmente há mais informações sobre o HIV nas comunidades, e apoio aos seropositivos como parte da actuação dos activistas vinculados às OCBs. São inúmeros os depoimentos que mencionam o apoio que os activistas prestam aos infectados na monitoria do tratamento, acompanhamento às US e acesso à medicação.

Permanecem, no entanto, atitudes de negação da doença, de fatalismo, recusa ao uso do preservativo e dificuldades de mudança de hábitos, especialmente por parte dos homens. Contudo, esta atitude parece a estar a diminuir segundo opinam OCBs e seus Pontos Focais nos serviços. Os depoimentos enfatizam dificuldades básicas presentes na vida de PVHIV que não favorecem a prevenção positiva. Por exemplo, em determinadas zonas, longas distâncias dos locais de moradia às US, dificultando o acesso aos serviços, aos medicamentos e ao acompanhamento atempado dos provedores, e a dificuldade de lidar com os efeitos colaterais da medicação agravados pela falta de alimentação regular, fazendo com que muitas pessoas desistam de continuar com a medicação.

A dificuldade de enfrentamento da infecção entre casais serodiscordantes pode ser considerada um desafio em termos de prevenção positiva, devido às dificuldades que permanecem do marido aceitar que a sua esposa esteja infectada e recusar-se à testagem. As informações obtidas neste estudo revelam que há divergências sobre a extensão deste problema. Por exemplo, os membros da comunidade indicam que há mais solidariedade hoje em dia entre casais, e, não só, com as PVHIV de modo geral, e melhorou a convivência entre casais onde um dos parceiros é HIV positivo, entanto os membros de GA enfatizam que permanecem as dificuldades dos homens aceitarem o diagnóstico positivo para suas esposas. Na opinião dos GAA já se verificam mudanças de comportamento, pelo menos entre os que tiveram a oportunidade de engajar-se em grupos de debates na comunidade ou foram assistidos por activistas dos grupos de apoio.

Os provedores ressaltam a importância do trabalho das OCBs parceiras do PACTO e as intervenções dos grupos de apoio na comunidade para apoiar na prevenção positiva, principalmente porque admitem a limitação estrutural das US para a captação de utentes e recuperação de pacientes faltosos.

As OCBs consideram que as pessoas estão mais consciencializadas do HIV e aderindo mais aos serviços de testagem, conforme avaliam pelos dados obtidos com os Pontos focais nos serviços e através dos encontros com os grupos de apoio na comunidade. As OCBs se referem também à maior consciencialização e abertura entre os parceiros para o enfrentamento da infecção. Outro aspecto destacado foi uma maior adesão ao tratamento em função da busca activa impulsionada pelos grupos de apoio na comunidade.

### **Participation of the community members and community leaders in PACTO activities to stimulate demand and access of HIV/AIDS community and health services**

Em geral, os secretários de bairro e líderes locais cumprem um papel importante de apoio às intervenções na comunidade, seja envolvendo-se directamente nas acções, convocando a comunidade, ou funcionando como um olhar crítico em determinadas iniciativas. Em geral, estes são mobilizados pelas OCBs para participar de grupos de PP e a chamar PVHIV para as sessões. Os líderes contribuem também na identificação de pessoas na comunidade que precisam de apoio para testagem e/ou tratamento.

## **Results evidence 2: Creation of an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma**

### ***Reductions in HIV stigma***

Na perspectiva das OCBs parceiras do PACTO, a discriminação contra as PVHIV tem diminuído tanto na comunidade como nas unidades de saúde. Os representantes das OCBs atribuem essas mudanças à maior difusão de informações sobre HIV/SIDA nos últimos anos no País e ao trabalho de sensibilização nas comunidades através das atividades do PACTO (TTHV, PP e assistência dos grupos de apoio).

### ***Changes in gender equity***

Os representantes das OCBs reiteram que houve redução da violência nos bairros onde ocorreram as actividades do TTHV. Eles destacam o papel do TTHV para orientar a população sobre os equipamentos comunitários de apoio a conflitos familiares, considerando que a violência doméstica é uma prática corriqueira nas províncias. Membros da comunidade, por sua vez, confirmam que houve mudanças em normas de género e maneiras de pais e filhos se relacionarem após a participação de homens, mulheres e casais nas sessões do TTHV.

### ***Community members' and leaders' participation in HIV/AIDS activities***

A oportunidade de debater essas questões na comunidade pode ser aferida pelo interesse que esses eventos despertam. Sobre o comparecimento das pessoas às atividades participativas na comunidade, os depoimentos divergem. Isto varia, a depender do tipo de evento. Por exemplo, nas sessões de debates, ao que parece, o número pode variar de 5 a 20 participantes, com menor presença de homens. Os comentários de membros da comunidade sobre a participação dos líderes locais, incluindo religiosos, nesses eventos sugerem que, quando presentes aos encontros, envolvem-se nos debates e também dão conselhos.

No que se refere às feiras de saúde, onde também se faz a testagem e são promovidas outras atividades, ao que tudo indica, a participação é mais expressiva, principalmente tendo a OCB mobilizado previamente a comunidade para o evento. Alguns tomaram conhecimento desses eventos através dos facilitadores do TTHV, e ainda outros mencionam que em suas zonas esses eventos não são muito frequentes.

## **Results evidence 3: Individual and family level outcomes promoted by PACTO that helped to increase uptake of HIV prevention and treatment**

### ***HIV testing individual and family knowledge and attitudes***

Ao lado de opiniões de que actualmente a infecção pelo HIV é algo aceito com mais “naturalidade”, devido à disseminação de informações nos medias e comunidades, e apoios de grupos locais, a análise encontrou evidências de que ainda há resistência à testagem, por receio do diagnóstico e de estigma. Normalmente, as pessoas tendem a postergar a testagem, mesmo quando se sentem doentes. Quando procuraram uma US para fazer o teste, se o resultado é positivo, geralmente, elas o escondem dos familiares, de vizinhos e até dos activistas. Por outro lado, membros da comunidade apontam que ter participado de atividades comunitárias do PACTO contribuiu de alguma maneira para que as pessoas aceitassem melhor a possibilidade de estarem infectadas, se dispendo a se submeterem à testagem.

### ***ART adherence individual and family knowledge and attitudes***

A não adesão ao TARV (interrupções e/ou abandono) parece estar mais relacionada com a dificuldade do indivíduo de lidar com os efeitos secundários da medicação em face não dispor de alimento suficiente ou de não saber aproveitar os alimentos que a família própria cultiva, do que propriamente por falta de informações ou não reconhecimento dos benefícios do TARV para manter a saúde pelos indivíduos e suas famílias. Secundariamente, a falta esporádica da medicação na US parece ser uma outra razão para a interrupção da medicação. O receio do agravamento da infecção devido à interrupção do uso é um indício de que a pessoa reconhece a importância da adesão.

### **Results evidence 4: Improved integration between clinics and community organizations to support HIV prevention, care, and treatment**

Os provedores opinam que a aproximação entre US e comunidade tem melhorado desde que iniciaram as parcerias com as OCBs. Alguns obstáculos que as US enfrentam para a captação dos faltosos são mencionados, razão pela qual dependem do apoio de grupos na comunidade vinculados às OCBs: estes nem sempre residem na área de jurisdição da US, as USs não dispõem de meios de transporte, e nem de tempo para localizar os utentes por telefone, e mesmo que tivessem, as linhas sempre apresentam problemas de sinal.

O rastreamento dos faltosos (pacientes do TARV que não retornam aos serviços de saúde para as revisões) é viabilizado pelos membros de PP, GA e GAA, geralmente com sucesso; apenas os primeiros, em coordenação com as ONGs. Os três grupos, em coordenação com os Pontos Focais nos serviços. A lista dos faltosos é disponibilizada pelos facilitadores das OCBs, ou pelo Ponto Focal na US.

Os membros dos GAA não coordenam formalmente com uma OCB ou uma unidade de saúde um trabalho de busca activa. Os encaminhamentos que realizam, seja para testagem ou retomada do tratamento, são decorrentes do monitoramento daqueles que sabem que estão a fazer a medicação ou por solicitação de vizinhos. De qualquer forma, quando encaminham alguém seguem os mesmos procedimentos dos grupos anteriormente mencionados, ou valem-se apenas de um telefonema para o Ponto Focal, informando que vão encaminhar a pessoa.

Os membros dos GAAC não participam directamente do rastreamento, esta não é a sua função, embora encaminhem, eventualmente, pessoas doentes ou que abandonaram o tratamento aos serviços de saúde, seja para a nova testagem do HIV ou consulta. Além disso, um ou outro podem ser solicitados a

identificar faltosos por serem conhecidos da US e na comunidade. De acrescentar que membros da comunidade reafirmam a importância de terem sido acompanhados por esses grupos.

Consoante os depoimentos obtidos dos provedores, as US não têm recursos humanos suficientes para gerar demanda aos serviços de HIV e dar conta da busca activa dos faltosos. O sistema de referência às US é montado com o apoio facilitadores das OCBs e dos grupos de apoio para visitar, referir e fazer a busca activa de faltosos, e do Ponto Focal da OCB na US para receber e encaminhar os utentes aos serviços, através de uma gestão combinada entre OCBs e US para fazer o sistema funcionar. O Ponto Focal da OCB na US é extremamente importante para organizar o atendimento e assegurar que as referências de pessoas aos serviços sejam atendidas conforme suas necessidades. Portanto, a sustentabilidade do sistema de referência vai depender de essas acções continuarem, com apoio das ferramentas e mecanismos gerenciais que o PACTO ajudou a montar.

### ***Counter referrals from health services to community services***

Apesar do sistema de referência ter sido conceptualizado e estruturado para incluir a contra-referência, esta parece não ter avançado, isto é, os provedores das US desconhecem os equipamentos sociais disponíveis para encaminhamento de PVHIV (ONGs ou órgãos públicos que podem dar apoio psicológico, social ou qualquer outro tipo de atendimento específico). Afora encaminhar utentes para apoio nutricional ao INAS, os encaminhamentos para serviços na comunidade limitam-se a indicar o GAAC, o PP.

### ***Access to HIV/AIDS services at health centers and CBOs (supply side)***

O acesso aos serviços de HIV é facilitado pelos facilitadores das OCBs e grupos de apoio na comunidade, mediante as guias de referência distribuídas pelos Pontos Focais e OCBs. Por meio desta guia, a pessoa referida tem o seu atendimento mais rápido e é direccionada ao serviço solicitado. De qualquer forma, o Ponto Focal faz uma espécie de triagem através de observação e conversa com a pessoa encaminhada. Priorizar o atendimento pode causar, eventualmente, algum constrangimento para outros utentes que procuram espontaneamente os serviços, mas é a única forma de agilizar o atendimento de pessoas que foram encaminhadas porque a sua necessidade em relação a algum serviço de HIV foi identificada, além de funcionar para estimular a procura dos serviços.

### ***Linkages among the various support groups (PP, GA, TTHV, GAAC, GAA)***

Os laços existentes entre os distintos grupos de apoio explorados nesta pesquisa parecem frágeis se considerado que a interlocução e encaminhamento de uns para os outros não aparece em nenhum relato, muito provavelmente porque, de uma maneira ou de outra, independentemente da razão para terem formado um grupo, todos acabam por se entregar a tarefas semelhantes na comunidade.

Embora somente os membros do GAAC sejam inscritos nas US para levantar antirretrovirais para levar aos integrantes do grupo, membros de outros grupos conseguem, eventualmente, os medicamentos através do conhecimento de técnicos da US e os entregam às pessoas que não estão em condições de se deslocarem aos serviços US. E, igualmente, conseguem guias de encaminhamento através dos Pontos Focais nas US e de facilitadores das OCBs.

A rigor, as percepções dos membros desses grupos sobre o trabalho colaborativo na comunidade para prevenir o HIV e ampliar a adesão ao tratamento são um tanto vagas, apesar da insistência dos facilitadores da pesquisa em explorar o tema. Por exemplo, em nenhuma das províncias os membros de GA parecem ter uma noção clara da importância disto. De modo geral, em todas as discussões com os distintos grupos, alguns participantes informam ter algum conhecimento da existência de grupos locais de PP, GAAC e GAA, mas definitivamente, enquanto grupos não estabelecem relações entre si.

## **Discussion**

As principais barreiras relativas à procura dos serviços de HIV podem ser divididas em duas categorias: (a) do lado da população, a dificuldade de acesso facilitado às US (especialmente, distância da residência e falta de transporte), dificuldades de comunicar o estado de HIV para a família, reservas à testagem, quando não há sintomas da infecção, interrupção do TARV por falta de alimentação, receio de mal atendimento nas US, e o hábito de só procurar ajuda médica quando os recursos tradicionais não dão resposta e o quadro de doença se agrava; (b) do lado dos serviços, dificuldades estruturais (poucos recursos humanos qualificados e em quantidade para prestar assistência atempada às PVHIV) e problemas de organização do atendimento e controlo dos registos de atendimento devido à alta demanda para diferentes tipos de atendimento versus número limitado de provedores, e, pela mesma razão, não ter condições de fazer a busca activa dos faltosos.

O facto de PVHIV revelarem seu estado, quando apoiadas, e pedirem ajuda a membros dos grupos na comunidade para obter a medicação, de as famílias solicitarem apoio desses grupos para a procura dos serviços de HIV, de PVHIV comparecerem aos debates promovidos na comunidade, bem como os líderes locais envolverem-se nos debates e apoiarem a busca activa, juntamente com membros da comunidade são, em certa medida, indícios de um maior enfrentamento da infecção pelas populações assistidas por esses grupos e do alcance das contribuições do PACTO.

Os depoimentos dos grupos de apoio relatam situações de encaminhamentos de pacientes que funcionam bem; provedores destacam a importância das OCBs para fazer o fluxo de encaminhamentos funcionando, o papel dos Pontos Focais para organizar a demanda e dos activistas das OCBs para apoiar na busca activa; e as OCBs enfatizam os avanços nas suas organizações e articulação com as US. Contudo, a articulação entre grupos aparece como uma fragilidade (os diferentes grupos fazem de tudo um pouco, não considerando as especificidades dos grupos, e não contam com recursos para ampliar seus territórios de trabalho).

No que se refere à população, as barreiras acima apontadas permanecem, mas foram minimizadas através do suporte do PACTO e OCBs parceiras. Por exemplo, em relação às dificuldades de acesso aos serviços (distância versus condições de deslocamento), os membros dos grupos de apoio fazem o que podem, visitando casa a casa na comunidade, mediante uma organização de tarefas segundo a divisão de territórios de trabalho, acordado pelo grupo, conforme visto anteriormente. No entanto, eles não dispõem de recursos para acessar famílias mais distantes de sua zona de trabalho. A resistência à testagem só diminui após contatos permanentes e estímulo dos membros desses grupos, devido ao medo do diagnóstico, e ainda permanece o hábito de só procurar ajuda médica quando os recursos tradicionais não dão resposta e o quadro de doença se agrava. As barreiras apontadas sobre os serviços

permanecem, embora a parcerias das US com as OCBs tenha contribuído para superar os problemas de organização do atendimento e registos através do Ponto Focal, e aumentar a busca activa dos faltosos e o encaminhamento de pessoas com suspeita de HIV para testagem e acompanhamento através dos grupos de apoio.

### **Conclusions and recommendations**

As áreas que foram reforçadas por efeito das intervenções do PACTO evidenciadas na análise são a seguir apontadas:

- Estímulo à demanda às US - Encaminhamento de pessoas com suspeitas da infecção pelo HIV para consulta e testagem, através dos grupos de apoio na comunidade, facilitadores de PP, GA, GAAC e GAA, cujos membros, em maior ou menor proporção, tiveram passagem pelo PP ou TTHV;
- Estímulo à formação de novos GAAC por PFs das OCBs, grupos de PP e provedores das US;
- Agilização do atendimento de pessoas encaminhadas às US mediante a ação dos Pontos focais, facilitadores das OCBs e membros de grupos de apoio;
- Controlo dos faltosos e rastreamento através da busca activa;
- Planificação e análise dos resultados do rastreamento dos faltosos por parte das OCBs
- Melhoria da organização interna (arquivos e registos) das OCBs;
- Maior difusão de informações sobre o HIV nos serviços e na comunidade, por acção de activistas de grupos de apoio, e através do TTHV e sessões de PP;
- Maior monitoramento da adesão por parte dos GAAC, facilitadores de PP e GA;
- Maior apoio dos membros da família às PVHIV por efeitos do trabalho dos facilitadores de PP, dos GA e das sessões de TTHV;
- Abrandamento da violência doméstica entre casais que participaram das sessões de PP e do TTHV.

This study also indicated that various challenges related to HIV prevention, treatment, and care remain. Esta análise demonstrou que, ao lado do desconhecimento de muitos membros da comunidade sobre como acessar serviços de HIV, e/ou de dificuldades de deslocamento facilitado aos serviços, ainda há resistência à testagem, por medo do diagnóstico e de estigma. O medo do estigma se manifesta de duas maneiras: a) no facto de que as pessoas continuam a esconder dos familiares, de vizinhos e até dos activistas, que procuraram uma US para fazer o teste, e de revelarem o resultado, quando positivo; b) elas tendem a postergar a testagem, mesmo quando se sentem doentes. É somente quando os recursos tradicionais não dão resposta e o quadro da infecção se agrava que elas pedem ajuda. A resistência à testagem só diminui após o estímulo pessoa a pessoa. Isto revela a relevância da parceria PACTO/OCBS e seus desdobramentos em grupos de apoio na comunidade. A dificuldade de enfrentamento da infecção entre casais serodiscordantes pode ser considerada um desafio em termos de prevenção positiva, devido às dificuldades que permanecem do marido aceitar que a sua esposa esteja infectada e recusar-se à testagem.

A não adesão ao TARV (interrupções e/ou abandono) parece estar mais relacionada com a dificuldade do indivíduo de lidar com os efeitos secundários da medicação em face não dispor de alimento suficiente ou de não saber aproveitar os alimentos que a família própria cultiva, do que propriamente

por falta de informações ou não reconhecimento dos benefícios do TARV para manter a saúde. Secundariamente, a falta esporádica da medicação na US parece ser uma outra razão para a interrupção da medicação. O receio do agravamento da infecção devido à interrupção do uso é um indício de que a pessoa reconhece a importância da adesão. Daí a importância de um acompanhamento mais constante às pessoas em tratamento e o seu engajamento num GAAC.

A análise também evidenciou as fragilidades do sistema de saúde para dar cobertura às necessidades das PVHIV, apoiar a adesão ao tratamento e realizar o processo de busca dos faltosos: nas próprias palavras dos provedores, as US não dispõem de recursos e mecanismos consolidados para um acompanhamento contínuo dos pacientes referidos, testados e medicados. Além disso, nas US que prestam serviços do HIV as condições de recepção de pessoas que procuram esses serviços podem ser desestimulantes - o atendimento pode ser demorado e não amigável, os resultados dos exames demoram, e, por vezes, faltar medicação. Um dos problemas apontados na análise diz respeito à necessidade de fortalecer a contra-referência de PVHIV das US para equipamentos sociais e/ou outros tipos de serviços (apoio psicológico; apoio à VBG etc.) na comunidade, como parte do contínuo da atenção em saúde. De modo geral, os provedores parecem desconhecer estruturas para encaminhamento na comunidade, afora o INAS (apoio nutricional), assim como também não as conhecem os grupos de apoio às PVHIV que actuam na comunidade. Alguma estratégia deveria ser montada para disseminar nas US os equipamentos existentes e sensibilizar os provedores e Pontos Focais para o encaminhamento, segundo as necessidades dos utentes. Additionally, it is necessary to take steps to ensure the sustainability of the referral system.

O trabalho dos grupos de apoio nos serviços e nas comunidades tem impacto significativo na vida das PVHIV, conforme referido em vários depoimentos. Os grupos como GAAC, GA, GAA têm um papel fundamental de apoio aos serviços de saúde da rede pública na identificação de pessoas com sintomas do HIV, por intermédio das quais essas pessoas conseguem acesso mais fácil à testagem, tratamento e internação, se necessário. Este apoio é indispensável, principalmente em se tratando daquelas que estão mais desamparadas socialmente, em condições mais avançadas da infecção, em virtude dos membros desses grupos residirem na área, pela convivência directa com seus familiares e conhecimento de mecanismos e fontes para accionar. A capacidade de resposta dos grupos de apoio é, no entanto, limitada por falta de recursos, e tende a se restringir mais ainda se os vínculos com as OCBs não forem mantidos. Por outro lado, a capacidade das US de incorporarem as ações assistenciais desses grupos na comunidade, especialmente, auxiliar na criação de condições para ampliar o acesso é duvidosa a curto ou médio prazo.

Em Moçambique, o Serviço Nacional de Saúde não alcança 42% do território nacional (Casimiro, 2012), deixando grande parcela da população mais pobre sem resposta para suas necessidades de saúde. Pobreza, desinformação, dificuldade de acesso aos serviços, dificuldade de mudança de comportamento e falta de alimentação, como apontado anteriormente, são factores associados a limitações para a testagem e a adesão ao TARV. Considerando as fragilidades do sistema de saúde para estender as suas acções na comunidade, apoiar a prevenção continuada do HIV, a prevenção positiva e o procura dos serviços de HIV, o suporte continuado das OCBs e grupos de apoio na comunidade é condição indispensável para gerar demanda aos serviços de HIV e controlar a expansão do HIV.

## Introduction

With approximately 1.4 million people (11.3%) living with HIV, Mozambique remains one of the ten countries most affected by the HIV/AIDS epidemic in Sub-Saharan Africa and the World (UNAIDS, 2014). The 2009 INSIDA survey revealed that 13.1% of women and 9.2% of men ages 15-49 have HIV. There is higher HIV prevalence in urban (15.9%) than rural areas (9.2%), with women in both areas having higher prevalence than men (INS, 2009). Additionally, only 17% of women and 8.9% of men aged 15-49 are aware of their HIV status, even though two thirds of infected couples are serodiscordant (INS, INE, & Macro, 2010). While the HIV prevalence among people aged 15-49 has stabilized since 2007 (at 11.3%) (World\_Bank, 2014), there is a need to prevent new infections and ensure access to health services and treatment to those affected and infected by HIV/AIDS.

The Government of Mozambique (GOM) has taken important steps to scale up and improve access to HIV/AIDS services (GOM, 2009). In the area of improving health services, important initiatives included the “Aconselhamento e Testagem Iniciada pelo Provedor” (ATIP), which entailed HIV counseling and testing initiated by health service providers as part of routine health care services; the “Atendimento e Testagem em Saúde na Comunidade” (ATSC), which entailed HIV counseling and testing in the community with support from trained counselors; and the strengthening of the system of community health workers. Additionally, pre-natal care increased in the country, providing a point of entry for prevention of mother to child transmission (PMTCT) activities (CCP, 2010).

To support GOM efforts to reduce HIV incidence, in October 2010, the USAID Mission in Mozambique awarded the Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health Center for Communication Programs (CCP), a four-year grant, to implement PACTO (*Prevenção Activa e Comunicação para Todos*), a project focusing on HIV Combination Prevention. PACTO combines structural, behavioral and service related interventions to achieve increased adoption of HIV prevention practices, and increased utilization of HIV services. PACTO was implemented in collaboration with Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC) in the provinces of Gaza and Maputo, and in Maputo city, and it had three primary objectives:

1. Promote an increase in the use of HIV/AIDS services
2. Generate community-level effects that reduce stigma and create a supportive environment
3. Support increased collaboration between clinics and community organizations to improve access and adherence to HIV/AIDS prevention, care, and treatment services.

PACTO used a “continuum of prevention” approach, which included health promotion activities for people living with HIV/AIDS (PLHA) and their families to increase health seeking behavior. Additionally, PACTO improved access to HIV/AIDS services by building linkages between communities, PLHA networks, non-governmental organizations (NGOs) and community-based organizations (CBOs) with available HIV health services through the strengthening of a referral and counter-referral network among HIV health services and community services providers. PACTO worked through community facilitators who were active in four primary areas from PACTO’s HIV prevention and service utilization model:

- *Activities inside the clinic:* support service provision within the health unit;
- *Active defaulter tracing:* finding patients and helping to re-engage them with treatment;
- *Referral and accompanying patients to HIV services:* refer patients to the health unit, accompany them, and organize HIV testing in the community in collaboration with the health unit; and
- *Demand generation and HIV prevention:* door to door outreach and condom distribution.

**Diagram 7 HIV Prevention & Service Utilization Activities Provided by PACTO PP Facilitators, Action Groups and CBOs**



PACTO implemented the various activities including:

1. Making available tools to support HIV counseling in the health units (HU) and supporting the work of communities activists;
2. Disseminating messages through radio ,TV, and participatory activities in communities. The latter included : i)Tchova-Tchova Histórias de Vida; ii) Avante Estudantes! Habilidades para a Vida ao Nível da Escola para Raparigas e Rapazes; iii) Avante Raparigas! Habilidades para a Vida das Raparigas ao Nível Comunitário; e iv) Avante Famílias!
3. Strengthening the capacity of local media and the advocacy capacity of local leaders (organizational leaders, religious leaders, and traditional leaders);
4. Working with facilitators to advocate and empower PLWHA and help them to engage in local organizations;
5. Promoting positive prevention (PP) in TV, community radio, and national radio;
6. Training CBO facilitators and community health agents in PP and communication skills to facilitate small group discussions among PLWHA, their partners, and their family members;
7. Providing communication materials about HIV, ARVs, and medical circumcision (MC) to support all HIV services provided in the target communities;
8. Promoting and strengthening networks for continuous care for PLWHA.

## Purpose of the study

This study explores the effect of PACTO's community mobilization activities, specifically those related to Tchova Tchova *Histórias de Vida* (TTHV), Positive Prevention (PP), Parent-Child Communication (PCC), and Grupos de Acção (GA) in HIV/AIDS prevention and use of services in the project communities. The study sought the following evidence:

**Evidence 1:** PACTO's influence on stimulating use of services, specifically HIV testing, ART uptake, and PTV;

**Evidence 2:** PACTO's influence on creating an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma;

**Evidence 3:** Individual and family level outcomes promoted by PACTO that helped to increase uptake of HIV prevention and treatment;

**Evidence 4:** PACTO's influence on increasing the integration between clinics and community organizations to support HIV prevention, care, and treatment.

## Groups that were formed and/or participated in PACTO

In this study we refer to the following groups: PP, TTHV, Grupos de Acção (GA), Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC), and Grupos de Auto-Ajuda (GAA). Below is a brief explanation of the activities undertaken by the facilitators of PP as well as the activities of all the groups. More detailed information about the activities of TTHV and PP facilitators can be found in Annex A.

### PP facilitators and PP groups

PP facilitators were responsible for facilitating PP groups, finding PLWHA to become members of PP groups and GAACs; providing short workshops about PP in the health units- specially to mothers accessing pre-natal care; escorting PLWHA to the health unit and guiding them in terms of how to access services; guiding people who were very sick to go through HIV testing and counseling at the health centers; and providing community members information about how to access HIV/AIDS services in the community and health centers. Members of PP groups helped to monitor medication adherence among members and they promote the formation of GAACs. They also discuss barriers encountered in practicing PP, such as using condoms consistently or challenges arising between zero discordant couples.

### TTHV groups

"Tchova – Tchova" – Histórias de Vida é uma ferramenta de género (TTHV) voltada para promover a reflexão e o diálogo na comunidade sobre normas de género, crenças e papéis tradicionais, considerados prejudiciais à saúde e que colocam as pessoas em situações de risco para o HIV/SIDA. A ferramenta é implementada por facilitadores treinados, através de uma série de sessões com homens e mulheres voluntariamente participantes. As Histórias de Vida são parte essencial da metodologia TTHV. Apresentadas em formato de vídeo e escritas, retratam situações reais do quotidiano de pessoas que superaram barreiras de género e outras adversidades nas suas relações e mudaram de comportamento. As Histórias servem de base para a promoção de diálogos - momento onde os participantes de TTHV - casais, vizinhos, famílias, mulheres e homens - dialogam abertamente, escutam e partilham as suas opiniões, necessidades, aspirações e projectam em conjunto um futuro diferente e melhor. TTHV groups ended with the finalization of the TTHV curriculum. At that point participants were encouraged to form Grupos de Acção (GA).

### **Grupos de Acção (GA)**

Esses grupos foram formados por participantes do TTHV após o término desta actividade na área, por interesse deles e orientação dos facilitadores das ONGs parceiras do PACTO. Também fizeram parte dos GA, participantes de grupos de PP. Os membros dos GA realizam uma série de actividades na comunidade. Todas elas são de um enorme apoio às pessoas mais vulneráveis, além do apoio específico às PVHIV: encaminham ou levam pessoas ao hospital para testagem e tratamento do HIV; monitoram a toma da medicação e orientam sobre nutrição; orientam os parentes quanto aos cuidados com os doentes; levam crianças e idosos ao hospital; apoiam na limpeza do infantário, além de apoiarem no cultivo de alimentos; mediam casos de violência doméstica; visitam e ajudam os idosos e deficientes físicos; cuidam de crianças desamparadas; orientam jovens seropositivos sobre a contenção de sexo e o uso do preservativo, além de realizarem palestras na comunidade sobre a prevenção do HIV.

### **Grupos de Apoio à Adesão Comunitária (GAAC)**

O GAAC (Grupo de apoio à adesão comunitária) é formado por PVHIV. Consiste no seguimento de pacientes em TARV com vista a acompanhar a evolução de sua situação de saúde pelas unidades sanitárias e diminuir as taxas de abandono ao tratamento. A iniciativa foi desenvolvida em 2009, em Tete, pelo MISAU, com o objetivo de melhorar o acesso, a retenção e a adesão dos pacientes ao TARV, diminuir a sobrecarga de trabalho e melhorar a qualidade de seguimento dos pacientes, reduzir o peso da frequência regular a US por parte dos pacientes em TARV e Pré-TARV, assegurar o apoio psico-social entre pacientes em TARV e Pré-TARV entre si, melhorar a ligação entre a US e a comunidade. Os membros dos GAAC são inscritos na mesma unidade sanitária onde recebem o TARV. Nas áreas do estudo, as PVHIV foram incentivadas pelos provedores a formarem esses grupos.

### **Grupos de Auto-Ajuda (GAA)**

Os GAA também são formados por PVHIV. As actividades realizadas pelos membros desses grupos assemelham-se muito às dos GAs. Alguns não fazem distinção entre as suas acções e as dos distintos grupos que actuam na comunidade: visitam, aconselham, incentivam a prevenção positiva e convidam as PVHIV a participar de grupos de debates; acompanham pessoas com sinais da infecção para consulta e testagem; monitoram a toma do TARV entre os membros do grupo; fornecem algum apoio a famílias carentes, em caso de falecimento; orientam as famílias de PVHIV a não discriminarem uma pessoa; ajudam órfãos; distribuem preservativos, além de ajudar no que for preciso àqueles que encontram mais desamparados, como lavar roupas, limpar a casa etc.

## **Methods**

### **Study approach**

This study used qualitative methods including focus group discussions (FGDs) with community members, members of various groups (PP, GAs e GAA e GAAC); in-depth interviews with users of health services, focal points at health centers, service providers and CBO representatives. Additionally, the study also included short individual structured interviews with facilitators of PACTO's partner CBOs.

### **Area of the study and data collection methods**

Qualitative data collection was conducted from April 8 until April 23, 2014, in health units and community based organizations (CBOs) in Maputo and Gaza provinces. The specific community based organizations (CBOs) that provided support with study participant recruitment are listed in Table 1.

Data was collected at the offices of the PACTO partner CBOs and health units listed in Table 1 and it was collected by a team of six researcher from PACTO (3 men and 3 women) with experience in qualitative data collection methods and fluency in Portuguese, Ronga, and Changana. The team received training on the study objectives and the study guides from Ms. Rosa Said, study co-investigator, and data collection supervisor.

**Table 1. Facilitators interviewed by gender, province and district**

Province	District	Health Unit	CBO
Maputo Prov	Ndlavela	Ndlavela health center	Amigos do GATV, Tinhena
Maputo Prov	Manhiça	Manhica health center	Amuchefa
Gaza	Xai Xai	Patric Lumumba health center	Reencontro, and ADCR

The team collected data in Changana and Ronga (local languages) in addition to Portuguese if participants preferred those languages. The interviews were conducted in Portuguese while the focus groups were conducted in Portuguese, Changana or Ronga depending on the language(s) preferred by the group. The interview and focus group guides were not followed strictly due to time, level of cooperation, and various interests of participants.

**Table 2 -- Study Population and Data Collection Method by Province**

Groups	Method	Maputo Province		Gaza Province	Total
		Ndlavela	Manhiça	XaiXai	
Grupos de Acção (GA)	FGD	10 (F)	13 (F)	12 (F)	35
Facilitators of PP	FGD	13 (F)	12 (F)	07 (F)	32
Community members-Homens (25-49 years)	FGD	8 (M)	9(M)	GF1 = 12 GF2 = 9 Total = 21	38
Community members -Mulheres (25-35 years)	FGD	7(F)	8(F)	GF1 = 11 GF2 = 9 Total = 20	35
Treatment compliance groups (local name: GAAC)	FGD	11 (F)	11 (F)	12 (F)	34
HIV support groups (local name: grupos de ajuda mutua)	FGD	11 (F)	10 (F)	9 (F)	30
<b>Total focus group participants</b>		<b>60</b>	<b>63</b>	<b>81</b>	<b>204</b>
Users of health services at health centers - Homens	In-depth interview	-	-	2(M)	2
Users of health services at health centers - Mulheres	In-depth interview	2(F)	2(F)	2(F)	6
Focal points at health centers	In-depth interview	1 (M)	1 (M)	1 (M)	3
Health service	In-depth	2 (M)	2 (M)	3 (1M+2F)	7

providers	interview				
CBO representatives	In-depth interview	2 (1M+1F)	1 (F)	1 (F)	4
Facilitators from CBOs	Structured interview (questionnaire)	30 (6M, 24F)	20 (4M, 16F)	37 (13M, 24F)	87
<b>Total interview participants</b>		<b>37</b>	<b>26</b>	<b>46</b>	<b>109</b>

\*M= Males, F=Females

The structured interviews were conducted in the month April 2014 and included a total of 87 facilitators from five CBOs in the provinces of Maputo and Gaza. Data collection was done by six members of the PACTO project in Mozambique. The team received training and was led in the field by Rosa Said. About three fourths (n=64) of the facilitators interviewed were women (see Table 2). Slightly less than half of the facilitators were from the province of Gaza (n=37) and the rest were from Maputo Province (n=50) (See Table 2).

## Data analysis

Data analysis involved several stages to ensure validity. These included: close supervision of data collection; daily meetings to discuss the work undertaken the previous day and the work of the day; keeping field memos and discussions with the research team about the data gathered and topics that needed more attention; transcription of the recordings and coding of all transcription based on the analysis to be conducted; thematic analysis of the transcripts; and compiling this report with the results of the analysis. The steps taken in the thematic data analysis included:

- Preliminary analysis of the data to organize it before coding and develop coding categories;
- Data analysis using coding categories and systematizing the information extracting quotes from the data;
- Second analysis of all the data and of any discrepancies;
- Summarizing the results of the analysis

## Ethical considerations

The study was approved by the Johns Hopkins Institutional Review Board (IRB) and the Comité Nacional de Bioética de Moçambique. Various steps were taken to ensure confidentiality. Interviews were conducted in a private manner and participants were asked to use another name and not their real name during the group discussions. Additionally, the CCP team obtained informed consent before data collection, collected data in locations of respondents' choice where they can have more privacy, and did not collect identifying data on study forms. Completed questionnaires and tapes were stored in locked file cabinets of the CCP office in Mozambique, and electronic data was kept in password secured computers.

## Results Evidence 1: Creation of an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma

### Demand for HIV testing and linkage to care

Para membros da comunidade, projectos como o PACTO contribuíram para mobilizar as pessoas a procurar as US para a testagem, e a seguir com o tratamento.

*O projecto PACTO que fez mudar as pessoas que foram mobilizadas a ir pro hospital, fazer o teste e, então foi o projecto PACTO e outros projectos. (GD-230414-HI-RS-MCH-Manhiça-1225-1318)*

*Nós sempre somos advertidos que de três em três meses devemos ir ao hospital fazer teste para saber se tem aquela doença ou não. Dai as pessoas aderem ao teste...adere muita gente. (GD - 230414-N-CC- MMC-Manhiça-1315-1359)*

*Sim, sim, notamos alguma mudança porque antigamente as pessoas não aceitavam fazer teste e não aceitavam fazer tratamento, mas agora como tem esses projectos que ajudam as pessoas, os ativistas da Reencontro, as pessoas aceitam permanecer no hospital a fazer teste e a seguir o tratamento e ai houve alguma mudança. (GD-150414-J-N-M25-35-Xai-Xai-1503)*

Alguns relatos revelam, no entanto, que ainda há pessoas que não creem na gravidade da expansão da infecção. Por esta razão, não se previnem.

*Isso é difícil de responder porque existe alguns jovens que não aceitam, até quando você fala dizem haaa eu nasci protegido, sei lá, essas coisas. Outros aceitam se proteger outros não. Mas o grupo de senhoras de idade não aceitam, não aceitam, sentem-se mais confiante numa de que 'meu marido já temos muitos anos juntos e agora essa coisa de prevenção, isso aí não', isso aí, essa doença, dizem que antigamente não havia isso, agora é que dizem que existe essa doença, dizem que ahhh, mas não aceitam, não são todas que aceitam se prevenir, mas alguns aceitam. Mas outros não. (GD-150414-J-N-M25-35-Xai-Xai-1503)*

Quanto aos provedores, seus relatos revelam que reconhecem o apoio que as OCBs e os activistas prestam na comunidade para informar e remeter pessoas às US, mas nem todos têm um conhecimento muito preciso da parceria da sua US com as OCBs parceiras do PACTO.

*Posso me referir a Mapungo, AGATV, fora estas temos mais uma que foge-me agora porque não tenho a lista de todas elas. Bom, a outra vou me referir por meio da Pacto por meio do qual recebemos os discriminados, as OCBs que trabalham directamente com a PACTO, não tenho*

*todas elas em mente, mas a Pacto é que coordena todas as actividades para nós e nos envia com o resumo de cada OCB, sim, sim. (EI-09042014--R-PS-NDIavela-1128-1252)*

*Temos aqui, mas não sei se consigo referenciar todas, mas temos aqui o ACEDECO, a Amuchefa, Pacto, TCE, outras não posso memorizar, mas trabalhamos com todos. Tem a MODEA também que tem vindo a apoiar. (EI 210414-J-PS-Manhiça-1112- 1125)*

*Temos o caso da Reencontro mas não só, temos outras organizações, eles mandam aticvistas que vão nas casas. Visitam e vê se encontra em caso critico trazem uma guia com nome da paciente e toda a historia e mandam para nós para darmos seguimentos... eu só conheço a Reencontro mas tem outras. (EI-140414-R-OS-Xai-Xai-1454-1513)*

Os provedores que têm um maior conhecimento da parceria OCBS/PACTO reportam os benefícios para ampliar o acesso aos serviços de HIV, testagem e tratamento, busca activa etc., além da melhoria dos mecanismos de controlo criados para o sistema de referência.

*Eu penso que o relacionamento entre essas duas entidades vem melhorando dia pós dia, principalmente a intervenção dos responsáveis das próprias unidades sanitárias em que eles percebem a importância das OCBs para melhor alcançarem a comunidade. Tem-se observado um esforço na medida em que o profissional de saúde começa a encarar as OCBs como uma necessidade, como mais uma ramificação e ver a importância disso e o facto de termos algumas reuniões de balanço, pode-se ver pelos relatórios, pelo trabalho das OCBs, pode-se ver a importância delas e isso desperta no profissional de saúde a necessidade de conviver com as OCBs, temos desenvolvido isso e tudo isso tem sido melhor de uns tempos para cá. (EI-100414-J-PS-NDIavela-1252)*

*O que acontecia é que nós não tínhamos, não estávamos bem organizados para podermos medir isso, mas devo assegurar que há mudanças. Na altura não se sabia quem dizia o quê, mas as pessoas vinham com referências, mas ainda eram ignorados, e outros atendiam, outros não... Estamos a nos organizar porque não fazer isso não estaríamos a saber se as OCBs estão a ajudar ou não. Mas eles são a ligação entre a comunidade e a unidade sanitária, é uma das formas de medir. (EI-210414-R-PS-Manhiça-1136-1158)*

*A cada ano o número está a crescer, temos mais utentes na unidade sanitária... O aumento, podia se dar caso de serem novas infecções de HIV, mas também eu acho que a informação já está a ser bem divulgada na comunidade e bem aceite pela comunidade, então as pessoas têm procurado mais serviços e fazer testes e aderirem ao tratamento. (EI-150414-CC-PS-Xai-Xai-1100 -1111)*

O papel do Ponto Focal da OCB na US para dar informações aos utentes sobre os serviços disponíveis, organizar o atendimento, e receber e encaminhar aos serviços os utentes referidos pelos grupos de

apoio na comunidade é percebido pelos provedores como indispensável para o atendimento da demanda, especialmente da testagem e tratamento do HIV, incluindo o PTV.

*Através dos pontos focais das OCBs nós podemos ver o trabalho feito pelas OCBs a nível da comunidade; as referências feitas pelas OCBs chegam aos profissionais de saúde e as unidades de saúde por meio desses pontos focais localizados nas unidades de saúde. (EI-100414-J-PS-NDlavela-1252)*

*Eles recebem as referências da comunidade para o centro de saúde com vista a garantir que as pessoas que eles recuperam não levem muito tempo nas longas bichas. Facilitam muito e temos um na farmácia e um na saúde materno-infantil. São pessoas que facilitam as nossas actividades... Cada serviço faz palestra direcionada. Temos ali na sala de espera onde se faz palestra todos os dias. Lá no âmbito de PTV é todos os dias numa sala onde se junta um grupo senhoras para serem educadas. (EI- 210414-J-PS-Manhiça-1112- 1125)*

*É importante porque auxilia connosco o serviço, ajuda-nos a fazer muitas coisas... mesmo na distribuição dos próprios doentes para os consultórios, ele faz o mesmo trabalho com o servente, com o pessoal da recepção. Não fica só a fazer actividades da Recontro só, ajuda a organizar os pacientes.... já diminui o tempo de espera, doentes referidos não ficam tanto tempo assim na bicha, porque são prioridade... (EI-140414-CC-PS-Xai-Xai-1420-1440)*

Os representantes das OCBs, por sua vez, também enfatizam as vantagens de contar com um Ponto Focal e activistas na comunidade para disseminar informações e referir os serviços de testagem.

*Ya, nessas actividades que nós estamos a realizar, de facto, durante este período todo que nós tivemos, conseguimos durante o período de grupo de acção, para além disto, quando trabalhamos nkobe e NDlavela, nós tivemos grandes sucessos porque nós conseguimos muitas referências neste período, nós tivemos um número maior na aderência dos serviços de saúde. (EI-090414-N-OCB-NDlavela-1315-1355)*

*Está melhor porque as pessoas agora, se a pessoa vai para ali, para o centro de saúde, sempre há uma pessoa que lhe ajuda e sabe, indica, lhe indica entra aqui ou ali, procura saber em que serviço que vai, indica mesmo que vai ali, as pessoas iam ao centro de saúde e aglomeravam-se no mesmo sitio e não sabiam para onde ir mas agora as coisas melhoraram, temos agora o nosso ponto focal e indica para onde ir. (EI-090414-R-OCB-NDlavela-1316-1351)*

*Todos os dois pacotes foram muito relevantes porque há coisas que a comunidade fazia sem saber que estava a fazer mal. No pacote tchova-tchova o género ajudou muito e no PP, ajudou muito nos tabus porque muitos aderiam aos serviços contando que era feitiçaria e havia sintomas que eles não acreditaram que eram efeitos da doença. (EI -230414- N-OCB-Manhiça-1204-1231)*

Além disso, as OCBs destacam o papel do TTHV para orientar a população sobre os equipamentos comunitários de apoio a conflitos familiares e dar segurança sobre os serviços de saúde disponíveis.

*Com o Pacote tchova-tchova a sensibilização das comunidades e a liberdade de poderem falar os problemas nos grupos ajudou as pessoas a não ficarem com os problemas, e como não conheciam as estruturas onde devia se dirigir, o pacote tchova-tchova ajudou a informar que ao ter esse problema vai a sitio X indicando os serviços do estado. (EI-230414- N-OCB-Manhiça-1204-1231)*

*Sim. Melhoraram muito os serviços e principalmente a tensão existente entre as instituições de segurança, o atendimento da mulher e criança, os serviços de saúde melhoraram muito. A aproximação que a comunidade passou a ter e a segurança que passou a ter com os serviços de saúde... A Reencontro tem uma representação onde deve sempre ir e colocar os problemas do PACTO. É o nosso ponto de ligação, chega a pessoa, é recebida por este indivíduo e é encaminhado e recebe os serviços sem precisar de tanto tempo (refere-se aqui ao Ponto focal). (EI-160414-CC-OCB-Xai-Xai-1206-1230)*

## Pre-ART care

- Focus on how the various support groups handled pre-ART care. Provide separately perspective of community members, health service providers, and CBOs.

Ao que parece, as pessoas diagnosticadas com HIV não cumprem as recomendações dos provedores antes de iniciar com o TARV, isto é, evitar comportamentos de risco, melhorar a alimentação, ir periodicamente à US para fazer novos exames etc., a não ser que elas sejam acometidas de algum problema de saúde que exija a procura inevitável de serviços de saúde. Por exemplo, alguns depoimentos indicam é que, em face da infecção não se manifestar ou da dificuldade de fazer exames regulares (devido a problemas como distância dos serviços, demora no atendimento, mau atendimento, entre outros), muitas pessoas desistem de fazer controlos, isto é, de ir regularmente às US para avaliar as suas taxas de CD4 ou outros exames.

*Os outros vão muitas vezes fazer teste, mas depois desistem... a pessoa não acredita, aquilo ali desleixa, a doença já lhe actua, principalmente os homens, os homens não há o que fazer porque não querem deixar de beber, não acreditam... as mulheres sabem que a outra já morreu tendo a doença...eles continuam com esse tipo de resistência. (GD-080414-HI-AG-PP-Ndlavela-1427-1602)*

*As barreiras é quando às vezes, é feito o teste né, demoram as análises. (GD-080414-HI-AG-PP-Ndlavela-1427-1602)*

*A US às vezes podes vir com uma pessoa que está muito debilitado, não consigo marcar CD4 pra dias próximos, marca-se CD4 pra dias muito prolongados... (GD-080414-HI-AG-PP-Ndlavela-1427-1602)*

*Às vezes quando chegam no Hospital há morosidade e algumas pessoas acabam desistindo no hospital por causa da morosidade. Quando digo isso refiro-me a alguém, essa pessoa sabia que era HIV positiva, nessa altura quando fez teste tinha gravidez mas não era ainda obrigatório tomar antiretroviral, então o CD4 dela era muito elevado não tinha começado a fazer o tratamento para essa pessoa ser atendida no hospital foi muito complicado...ela sempre ia, o seu processo era arquivado, não era atendida. Ficou um mês sem nenhum atendimento. Vinha sempre queixar-se, a dizer-me que não estava a ser atendida, e no ultimo dia fui com ela na fila até ela passar ir ter com o doutor, isso tipo de coisa no hospital faz com que alguém desista do tratamento por não ser bem recebido... (GDO90414-C-N-GAAC-NDIavela-1050-1223)*

## **Adherence to PP behaviors**

A adesão à prevenção positiva passa, necessariamente, pela consciencialização do indivíduo da necessidade de prevenir-se da reinfecção, adoptando comportamentos seguros, bem como pelo enfrentamento da condição de seropositivo, aderindo ao tratamento e ao acompanhamento/controlo da saúde. Para começar, os membros da comunidade reconhecem que actualmente há mais informações sobre o HIV nas comunidades, e apoio aos seropositivos como parte da actuação dos activistas vinculados às OCBs (não nomeados por tipo de grupo).

*O que posso dizer é que as pessoas estão consciencializadas de que existe esse problema... (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

*Sim, é graças a sensibilidade que a Reencontro (parceira do PACTO) faz. Porque a reencontro delega ativistas para sensibilizar a comunidade. (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

*Quando começou o projecto nem, houve tantas reuniões e sensibilizações de modo a que as pessoas optassem por fazer o teste de HIV e já tenho visto algumas pessoas que trabalham com a Reencontro. Até algumas pessoas já se identificaram como pessoas que estão a viver com HIV... não sei se é tchova mas essas pessoas já andam de porta em porta a sensibilizar as pessoas de modo a que optem pelo esse caminho e já estão sensibilizados que existe esse problema e antes não tinha visto. (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

São inúmeros os depoimentos que mencionam o apoio que os activistas prestam aos infectados na monitoria do tratamento, acompanhamento às US e acesso à medicação.

*... então, o conselho que sempre vinha lá em casa é de nos aconselhar a usar preservativo, mudar para conseguir viver, ganhar aquela vida positiva mesmo de não cair ao risco.... As pessoas que vinham lá fazer conselhos eram a Dona Sandra de novo com outra, Dona Saugineta (ambas activistas de PP). (EI-080414-J-UT- NDIavela)*

*A pessoa que me ajuda é a que me visita. sim. Ele é que vem... outros vem. Já são dois... dizem que devo tomar os medicamentos na hora certa e com amor de modo a que meu organismo seja bom e recupere, é o que me têm dito. (EI-170414-N-UT-Xai-Xai-1025-1045)*

Por outro lado, são relatadas atitudes de negação da doença, de fatalismo, recusa ao uso do preservativo e dificuldades de mudança de hábitos, especialmente por parte dos homens. Importante acrescentar que é muito difícil, em geral, que as pessoas consigam perceber o que se passa em termos de comportamentos dominantes ou mais frequentes numa determinada área. Além disso, geralmente, não há unanimidade nessas avaliações informais. Mesmo quando se trata de comportamentos tradicionais, a tendência é falar da norma, como algo conhecido de uma cultura, mas dificilmente as pessoas conseguem dizer em que medida ela é ou não rompida pelos membros dessa cultura. Por isto, as pessoas quando requisitadas a dar sua opinião sobre mudanças recentes tendem a se referir a “muitos”, “uns” “outros”, “muita gente” etc.

*...muita gente ainda está a morrer, posso dizer, com vergonha, sabendo que está doente, mas não quer se entregar, o apoio é de conselho mesmo, conselho na comunidade, muito, principalmente ao homem... Há pessoas de sexo feminino, mas por onde eu passo vejo que maior número é o sexo masculino... os homens não querem usar preservativo... A mulher querendo ganhar o lar perde daqueles conselhos que lhe deram lá porque o marido não seguiu aquele conselho, então pede de não usar preservativo, faz sem preservativo, sem se prevenir. (EI-080414-J-UT-NDIavela-1001)*

*... uns que acatam e outros que não acatam porque quando chega sexta-feira a pessoa veste-se e vai, vai ao mercado, não se sabe o que acontece ali no mercado no meio de brincadeiras e consumo de álcool e muito mais já... a pessoa não se resguarda e se esquece daquilo no que diz respeito ao HIV. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDIavela-1137-1320)*

*Os homens tem medo de aparecer nos encontros... homens são o menor em todos os grupos de estudos mesmo que não se vá falar do HIV só uma reunião do bairro, pouco homem aparece... (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

A negação da doença possa ser evidenciada, inclusive, no eufemismo de estar acometido de malária, usado por pessoas sabidamente infectadas ou com sintomas da infecção, revelando que, em geral, ainda não é tão fácil para as pessoas assumirem publicamente seu estado de HIV. É mais fácil a pessoa justificar a procura da US seja para a testagem ou internação (“ficar de baixa”) devido a malária, evitando assim a discriminação.

*Falamos abertamente porque as pessoas já entendem que é tipo malária. ‘Tenho malária’. (GD-080414-N-J- MMC-NDIavela- 1310-1356)*

*A maioria das pessoas dizem que é malária. (GD-080414-N-J- MMC-NDIavela- 1310-1356)*

*Há aqueles que tem vergonha de dizer porque pensam que irão rir-se deles por serem seropositivos enquanto não, essa doença é de todos. (GD-230414-N-CC-MMC-Manhiça-1315-1359)*

*Se escondem, não falam de forma aberta. (GD-230414-N-CC-MMC-Manhiça-1315-1359)*

*Abertamente não. Esse é o direito deles. (GD140414-N-J-M25-35-Xai-Xai-1345-1535)*

A propósito, esta dificuldade de as pessoas assumirem seu estado de HIV, lançando mão do eufemismo da malária, é mencionada também por membros de GA.

*Outras são difíceis porque não quer que ninguém saiba que ele está doente. Diz que é malária e se perguntar se foi ao hospital diz que foi. Acaba indo mesmo pela insistência nossa, mas sem crer. Ao voltar do hospital enquanto foi sozinha e lhe perguntar o que tem diz que é malária. (GD-210414- N-CC- GA-Manhiça-1136-1249)*

Finalmente, os depoimentos enfatizam dificuldades básicas presentes na vida de PVHIV que não favorecem a prevenção positiva. Por exemplo, em determinadas zonas, longas distâncias dos locais de moradia às US, dificultando o acesso aos serviços, aos medicamentos e ao acompanhamento atempado dos provedores, e a dificuldade de lidar com os efeitos colaterais da medicação agravados pela falta de alimentação regular, fazendo com que muitas pessoas desistam de continuar com a medicação.

*É que aí as pessoas que estão doentes primeiramente era ajudada na base de necessidade, não ter condições mesmo para alimentos básicos, eram ajudadas pela Reencontro (ONG parceira do PACTO), se a pessoa não comesse bem era dado ... soja, chega um certo momento que os doadores não oferecem e os doentes ficam sem aquilo, chegam até só ponto de chorar por falta daquilo que tinham antes. (GD-140414-H-A-MCH-Xai-Xai-0935-1120)*

*... reclamam sobre a demora, dizem que há demora, há sofrimento lá dentro do hospital pra fazer teste, e pra sair resultados também leva alguns dias, sim, reclamam sobre o atendimento. (GD-230414-HI-RS-MCH-Manhiça-1225-1318)*

*... pode a pessoa estar doente, ir no hospital, porque às vezes toma comprimido, o comprimido não cai bem, então é preciso essa pessoa ir no hospital para ir dizer, porque não basta levar comprimido ou manda alguém... Às vezes pode tomar aquele comprimido sai borbulhas, não cai bem. É preciso ele ir explicar, porque às vezes muda daquele comprimido, dá outro. É isso. (GD-230414-HI-RS-MCH-Manhiça-1225-1318)*

A dificuldade de enfrentamento da infecção entre casais serodiscordantes pode ser considerada um desafio em termos de prevenção positiva, devido às implicações relativas à situação de segurança da mulher, da adesão ao tratamento e da possibilidade de reinfecção. As informações obtidas neste estudo revelam que há divergências sobre a extensão deste problema. Por exemplo, os membros de GA enfatizam as dificuldades dos homens aceitarem o diagnóstico positivo para suas esposas, enquanto que na opinião dos GAA já se verificam mudanças de comportamento, pelo menos entre os que tiveram a

oportunidade de engajar-se em grupos de debates na comunidade ou foram assistidos por activistas dos grupos de apoio.

*Esta doença de HIV é muito problemática quando ela entra nos lares, pois aparecem as dificuldades, como a mulher que vai ao hospital e o teste dá positivo e o esposo não entende, alegando que 'esta não foi ele que me contaminou, mas sim eu é que ando fora', e eles negam de vir ao hospital... e fazer os exames de HIV, os maridos negam, ... e damos aconselhamos ou mesmo é dada a ordem para usarem o preservativo e ele nega e diz não pode usar o preservativo porque não tem SIDA e nem para fazerem sexo já não é possível porque ela tem HIV, encontramos muito essas dificuldades nos lares, há muitas brigas nos lares por causa dessa doença... (GD14041J-N-GA-Xai-Xai-1000)*

*O Homem demorava entender como é que a sua esposa estava naquela situação, se ele não estava, mas agora quando ela lhe diz os resultados do hospital ele também torna-se acessível e preocupa-se em saber seu estado mas antigamente era difícil, até se separavam. (GD 150414-H-A-GAA-Xai-Xai-1450-1527)*

*... Antes as mulheres não tinham coragem de falar sobre a doença com o marido e tomavam remédio nas escondidas por medo do marido descobrir e expulsá-la de casa...mesmo eu já não escondo. (GD 150414-H-A-GAA-Xai-Xai-1450-1527)*

Os provedores ressaltam a importância do trabalho das OCBs parceiras do PACTO e as intervenções dos grupos de apoio na comunidade para apoiar na prevenção positiva, principalmente porque admitem a limitação estrutural das US para a captação de utentes e recuperação de pacientes faltosos.

*Têm ajudado porque, em primeiro lugar eles têm identificado os problemas indo às comunidades e encaminhado a nós, porque não podemos fazer por outras vias, não temos pessoas que podem ir buscar as pessoas no seu meio local, eles têm ajudado porque há mais pacientes que recuperam e têm direccionado às US no momento oportuno... Eles têm realizado palestras normalmente semanalmente, sobre HIV, sobre tuberculose, no meu caso, por exemplo, temos algumas activistas do PACTO que estão se relacionando com a tuberculose, mobilizam sobre a questão da contaminação, perigo à prevenção positiva e muito mais. (EI-09-04-2014-R-PS-NDlavela-1128-1252)*

*... o número de pacientes está a aumentar, é que nós agora recebemos muitos pacientes, não que antes não tinham pessoas infectadas pelo HIV, tinham, mas não aceitavam a realidade mas agora essas palestras que as organizações têm dado nos ajudam muito, as pessoas acabam procurando as unidades de saúde. (EI-140414-R-PS-Xai-Xai-1454-1513)*

*Temos activistas a fazer o trabalho de prevenção positiva, este pacote, não só isto, também têm estado a trabalhar num outro serviço como, por exemplo, organizar as filas, dar palestras e dar informações úteis para a satisfação do próprio utente, a nível das farmácias, a nível do sector de doenças crónicas, na sala de espera para as consultas e isto tem sido muito útil para nós visto*

*que não temos pessoal suficiente e eles dão esta mão, e nos é útil. (EI-100414-J-PS-NDlavela-1252)*

As OCBs consideram que as pessoas estão mais consciencializadas do HIV e aderindo mais aos serviços de testagem, conforme avaliam pelos dados obtidos com os Ponto focais nos serviços e através dos encontros com os grupos de apoio na comunidade.

*As pessoas já conseguem aderir aos serviços de saúde referente ao teste.....começaram a aderir através das informações, das sensibilizações através das sessões (referindo-se ao TTHV), então começaram a compreender a importância... exemplo, em NDlavela... temos um ponto focal e este ponto focal está situado com direcionamento que nós temos através do centro, posso dizer centro de saúde, hospital de NDlavela, ...conseguimos fazer as referências para o ponto focal para que eles sejam atendidos em termo do TARV, questão de testagem, ITS, prevenção, planeamento, então estas pessoas estão a aderir às unidades sanitárias segundo revelando os dados que já existem... (EI-090414-N-OCB-NDlavela-1315-1355)*

*...nós fazíamos, as referências da nossa maneira, mas depois quando o parceiro (PACTO) mudou aquele nosso sistema e entrou no sistema dele foi muito bom, agora conseguimos controlar melhor, como referir os utentes para o Ponto focal. (EI-090414-R-OCB-NDlavela-1316-1351)*

*Sim, estão mais conscientes. Até a própria comunidade quando identifica uma pessoa com sintomas aconselham a vir a nossa organização e temos grupos na comunidade que eles conseguem identificar as pessoas com sintomas e mandam à organização. (EI-230414-N-OCB-Manhiça-1204-1231)*

As OCBs se referem também à maior consciencialização e abertura entre os parceiros para o enfrentamento da infecção.

*Sim. Contribuíram muito para as pessoas poderem compreender que há necessidade de as pessoas poderem conhecer o seu estado de saúde, e ainda a abertura entre os parceiros em termos da outra parte sentir também e poder se entregar pah, fazer teste e quando na altura pah, você se entregar e você que descobriu também, a tendência era de esconder para outro... em relação a três anos não era assim. Acho que a influência veio... através da informação dos facilitadores da comunidade.(EI160414-CC-OCB-Xai-Xai-1206-1230)*

Outro aspecto destacado foi uma maior adesão ao tratamento em função da busca activa impulsionada pelos grupos de apoio na comunidade.

*Eh, nós na altura tínhamos uma lista longa de que recebíamos da unidade sanitária, dos abandonos, mas que reduziu muito. Em, a nossa relação com a unidade sanitária fortificou-se muito, foi uma descoberta com a chegada dos programas do PACTO. Fortificamos mais e até em situações reais porque há casos em que falava-se que, pronto, fiz a referência mas não havia*

*retorno. Se aquela pessoa chegou, recebeu tratamento e qual é o acompanhamento não tínhamos, mas com o programa do PACTO ajudou muito. (E1160414-CC-OCB-Xai-Xai-1206-1230)*

## **Participation of the community members and community leaders in PACTO activities to stimulate demand and access of HIV/AIDS community and health services**

Em geral, os secretários de bairro e líderes locais cumprem um papel importante de apoio às intervenções na comunidade, seja envolvendo-se directamente nas acções, mobilizando à participação da comunidade ou funcionando como um olhar crítico em determinadas iniciativas. As OCBs parceiras do PACTO os convidam a participar de grupos de PP e a chamar PVHIV para as sessões. Os líderes contribuem principalmente na identificação de pessoas na comunidade que precisam de apoio para testagem e/ou tratamento.

*Quando chegamos, quando estamos na comunidade, a primeira coisa que nós fazemos, temos que procurar os líderes comunitários... Eu acho que são as pessoas que conhecem, tá a ver, as pessoas que estão a passar, tem aqueles problemas ali, eles nos leva, indica-nos o sítios onde podemos entrar para podermos conversar com aquelas pessoas. (GD-080414-HI-AG-PP-NDlavela-1427-1602)*

*Quando voltamos da formação do PP, viemos até aqui na Amuchefa e a coordenadora soube fazer pedido na liderança do bairro de modo a que possamos nos encontrar aqui no escritório. Então, no encontro foi detalhado sobre este programa... Ai os líderes foram reunir as comunidades. Nós como grupo nos distribuimos sobre os locais a serem atingidos. No dia da reunião, os indicados numa determinada zona deve ser apresentados na comunidade como sendo o que vai liderar as comunidades. Os líderes comunitários também ajudam a convencer as pessoas. (GD-210414-HI -AG-PP-Manhiça-11 00 -1200)*

*O que nos ajuda muito é que trabalhamos com os líderes dos bairros, então, quando encontram pessoas doentes lá nos seus bairros eles sabem vir nos dizer de modo a juntarmo-nos com eles de maneira a darmos o valor de lhes acompanhar ao hospital... Os líderes, eles ajudam-nos. Quando há um doente eles dizem em que estado a pessoa se encontra. (GD- 150414- N-J-PP- Xai-Xai-0935)*

Igualmente, os GA também se aproximam dos chefes do quarteirão para pedir apoio às atividades que realizam na comunidade, até porque a norma é ser apresentado à comunidade por essas autoridades antes de começar um trabalho.

*Sim, nos ajuda quando vamos ao chefe de quarteirão, quando lhes dizemos que tenho esse tipo de programa, ajuda-nos para convocar a reunião... quando dizemos que somos o grupo de acção e até o chefe de quarteirão participa, porque quando trabalhamos avisamos a ele, porque não podemos realizar uma reunião sem convocá-lo e dizemos que a partir dessa semana até semana x teremos um encontro e dizemos teremos uma reunião no dia x e agenda. (GD 08042014-A-C-GA-NDlavela-1055-1330)*

*Os líderes comunitários nos ajudavam a identificar e indicar os que estão doentes ou a sofrerem de outras coisas de modo a levá-los ao hospital... Temos o hábito de nos reunimos com todos, com as lideranças, com os doentes até com os não doentes nos juntamos a eles para conversa. O grupo de ação sempre dá palestras sobre doenças o que faz com que estejam os líderes locais de modo a que possam saber das actividades dos grupos de ação. Então conversamos com eles e damos instruções sobre a prevenção. (GD-210414-N-CC-GA-Manhiça-1136-1249)*

*Nós não vamos sem dizer às lideranças do bairro, porque há chefes e dizemos, se nos verem somos os que ajudam os que estão a se perderem, porque em muitos casos não sabem o que fazer. Por isso nos ajudam. (GD-210414-N-CC-GA-Manhiça-1136-1249)*

## **Results evidence 2: Creation of an environment to promote changes in social norms regarding PLHA and reduced HIV stigma**

### **Reductions in HIV stigma**

Uma das maneiras de saber se o estigma que rodeia o HIV/SIDA diminuiu nos últimos três anos, período em que as atividades participativas do PACTO se expandiram nas comunidades, é explorar como as pessoas enfrentam o diagnóstico positivo para o HIV. Pelo que se pode perceber dos depoimentos de membros da comunidade, muitas pessoas ainda temem a discriminação/rejeição, tanto é assim que, apesar de se submeterem à testagem, uma das atitudes típicas é esconder a informação da família, colegas e vizinhos.

*Revelar-se é difícil porque se se revela, por exemplo, me dizer a mim sabe que eu hei de dizer a uma outra pessoa, já vamos nos informar a todos e passa a não ser querida por ninguém, já tem medo, é difícil se revelar. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDlavela-1137-1320)*

*As pessoas não dizem, elas são descobertas....Eles fogem até dos tratamentos... fogem tratamento aqui no bairro porque dizem que os outros saberão que tem HIV, eles fazem tratamento na cidade enquanto mesmo aqui faz-se tratamento; outros até vão a Maputo com medo de serem vistos aqui, isso mostra que ele está com medo de mostrar que está doente. (GD-140414-H-A-MCH-Xai-Xai-0935-1120)*

*Outras vão porque têm amigas que lhes dão companhia. Ou vizinho ou outra com quem reza. Isso é difícil porque as pessoas não dizem que tem HIV mesmo indo com ela ao hospital, ao chegarem na secção da malária, pode te complicar para a deixar e entrar sozinha porque não quer que saibas que ela tem aquela doença.... irei dizer o seguinte, não iria afirmar que mudou porque aqui na comunidade é como se a doença fosse rara porque as pessoas não dizem que estão doentes. (GD140414-N-J-M25-35-Xai-Xai-1345-1535)*

*Não falam porque outros têm medo de ser discriminado e outros tem medo porque aquele vai ficar a saber do meu resultado e já não vai brincar comigo essas coisas ai, não se abre. (GD-150414-J-N-M25-35-Xai-Xai-1503)*

Por outro lado, membros da comunidade apontam que ter participado de atividades comunitárias do PACTO contribuiu de alguma maneira para que as pessoas aceitassem melhor a possibilidade de estarem infectadas, se dispondo a se submeterem à testagem.

*Dantes as pessoas sentiam-se envergonhosos, a comunidade saber que a pessoa está infectada com o HIV/SIDA. Mas desde que surgiu o projecto PACTO, prevenção positiva, já conseguiram aconselhar as pessoas durante as sessões para ir fazer teste e para que não tivessem medo. (GD-230414-HI-RS-MCH- Manhiça-1225-1318)*

*Mudou porque nós já estamos a ter hábito de em caso de doença irmos ao hospital porque antes tínhamos medo de ir ao hospital mais com medo da discriminação, mas ao máximo era mais discriminação... mas agora já não há esse medo basta a pessoas cumprir com a medicação. (GD140414-N-J-M25-35-Xai-Xai-1345-1535)*

Na perspectiva das OCBs parceiras do PACTO, a discriminação contra as PVHIV tem diminuído tanto na comunidade como nas unidades de saúde. Os representantes das OCBs atribuem essas mudanças à maior difusão de informações sobre HIV/SIDA nos últimos anos País e ao trabalho de sensibilização nas comunidades através das atividades do PACTO (TTHV, PP e assistência dos grupos de apoio).

*Na comunidade, mesmo nas unidades sanitárias há uma mudança porque já não são chamados aqueles nomes "sidinha"... Já sabem dizer que é uma doença como as outras, isso porque há informação.... Nos anos 2000, posso dizer 1999 para este ano... as mensagens que vinham naquela altura era "HIV mata" ... havia um problema de discriminação, estigma e discriminação, mas agora a partir do tempo que vem de lá para cá com as mensagens difundidas, a situação não é encarada como de antes, porque de antes bastava você dizer que é um seropositivo na família, quem discriminava era a própria família... mas agora as famílias... são sensibilizadas, então a solução melhorou... (EI-090414-N-OCB-NDIavela-1315-1355)*

*Houve muita mudança, até o próprio envolvimento dos PVHS nas diferentes actividades da comunidade tanto da associação bem como do projecto Pacto e do Governo, porque às vezes não era só a comunidade a discriminar, mas a pessoa em si discriminava-se. Ele dizia, 'o que vão dizer de mim, como é que vão me ver', mas depois das sessões conseguiram ver que são iguais aos outros... tenho um exemplo de tantos casamentos que se realizaram depois do projecto Pacto e principalmente do tchova... pronto, aquela segurança que a pessoa ganhou em ir pela vida. (EI160414-CC-OCB-Xai-Xai-1206-1230)*

*Já não discriminam, aquilo de discriminação e dizer que não posso viver com ele... (EI-230414-N-OCB-Manhiça-1204-1231)*

## Changes in gender equity

Os depoimentos indicam que a violência doméstica é uma prática corriqueira nas províncias, principalmente por parte dos mais jovens, devido ao consumo de bebidas alcóolicas ou outras substâncias entorpecentes. Em geral, as pessoas recorrem, inicialmente, aos chefes dos quarteirões, que, a depender da resistência do autor da agressão, convoca outros homens da própria comunidade para ajudar, e, se não conseguem resolver, recorrem ao Gabinete de atendimento à mulher e criança nas esquadras, mas este encaminhamento não parece ser resolutivo. Há ainda alguma referência a tribunais comunitários em determinadas zonas. E, pelo que se pode inferir dos depoimentos obtidos, não parece ser frequente o encaminhamento de vítimas de agressão à US.

*...a maior violência é dos rapazes porque entram nas diversões, quando saem destas diversões andam a empurrar as portas e quando empurram as portas chegam a casa, criam confusão aos pais porque já bateu o álcool e fumou, empurra a porta, existe violência... ali no bairro khongolote existe um gabinete de aconselhamento por parte da violência doméstica. Portanto, se os problemas forem muito pesados, a tal ponto que o chefe de quarteirão não consiga resolver, levam para aquele gabinete para apanharem a solução. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDIavela-1137-1320)*

*Existem os polícias comunitário, sim, que andam atrás desses problemas que andam acontecer, se o marido bater a esposa, sai, pode sair um vizinho correr até ao chefe, que lá há um problema, depois fazem um grupo daqueles polícias comunitário e vão recolher aquela pessoa, a esposa (GD-230414-HI-RS-MCH- Manhiça-1225-1318)*

*Antes de se ir à policia há um sitio onde julgam as pessoas antes de serem levadas para policia... há juizes comunitários e há juizes realmente contratadas para julgarem, o bairro primeiro e só depois é que o caso vai à polícia. (GD-140414-H-A-MCH-Xai-Xai-0935-1120)*

*Mas a regra eles dizem que não pode ir no hospital antes de falar com eles (outro membro do grupo concorda). Eles é que devem dar a recomendação de que pode ir a algum sítio. (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

Há, inclusive, várias referências sobre mudanças em normas de género e maneiras de pais e filhos se relacionarem após a participação de homens, mulheres e casais nas sessões do TTHV. Alguns falam dos benefícios dessa experiência em suas próprias vidas.

*O que me agradou muito é que, vou repetir, é que eu não sabia que podia cozinhar porque pensei que tem direito de cozinhar é a minha mulher, não sabia que quando ela estivesse a lavar a loiça poderia ajudá-la ou posso lavar os pratos ou ainda posso prepará-la o chá ou uma coisa assim. Mas Tchova-tchova trouxe-me a civilização no sentido de, num lar, temos que ter tarefas iguais então, agradou me muito porque já não coloco a minha mulher como escrava, temos que*

*ser uma única coisa, o que ela faz eu também faço, os filhos também... outra coisa que assisti por parte de tchova-tchova é que tchova-tchova ensina as origens que, por exemplo, o pai antigamente não podia perguntar a filha quando começa a menstruar, papá não tinha direito... pode ir comprar ou dar-lhe dinheiro para ir comprar o penso para poder se tratar, ensinou-nos que não nos podemos acanhar perante isto... (GD-080414-HI-RS-MCH-NDlavela-1137-1320)*

*Quando eu vim na tchova-tchova... vi muita gente ficar feliz no Tchova Tchova porque eh, eu sou HIV positivo, pra mim na minha parte aprendeu muita coisa saber que afinal de onde que vem o HIV, de prevenir o HIV, saber também dizer outra pessoa, sim... eu mudei muito, agora já me comporto melhor, dantes, pá, não respeitava minha parceira. (GD-230414-HI-RS-MCH- Manhiça-1225-1318)*

*É que as famílias já sabem dizer se aqui em casa não há uma mulher ou um homem podem ir a machamba e voltar servir um chá, encontrar o homem a lavar pratos, mas antigamente não. (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

*... esses ensinamentos se espalharam por outros bairros. (GD-140414-H-A-MCH-Xai-Xai-0935-1120)*

*Nós gostamos porque agora a mulher deixou de ser a escrava da família e com a igualdade de direitos eu acordo para o serviço e o pai ficar a cuidar da casa e não ficar sem fazer nada. (GD140414-N-J-M25-35-Xai-Xai-1345-1535)*

Os representantes das OCBs reiteram que houve redução da violência nos bairros onde ocorreram as actividades do TTHV.

*Houve mudança de comportamento na situação que estava a haver, por exemplo, tchova-tchova no bairro Khongolote. Era uma zona onde existia muito problema de violência... a partir dos anos 2011, 2012, para 2013 essa situação prevalecia mas quando nós entramos dentro do campo juntamente com os Grupos de acção (GA) e então a situação teve uns atenuantes que realmente esses acções já não são frequentes como de antes de iniciarmos com o trabalho tchova-tchova. (EI-090414-N-OCB-NDlavela-1315-1355)*

*... Num dos bairros que nós trabalhamos em Nkobe, era um bairro onde realmente existia uma, um número maior de violência doméstica, mas depois de termos entrado naquela situação a trabalhar... e a situação dessa parte começou a se reduzir gradualmente, exemplo... porque demos sessões... nas pessoas próprias pessoas e os nossos participantes que viviam nessas situações assim como os próprios líderes na primeira pessoa então eles a dizer que a situação realmente reduziu, através dos próprios líderes comunitários, chefes de quarteirões, chefes de 10 casas... as senhoras que sofriam essa situação reportavam nas secções que a situação não era como antes. (EI-090414-N-OCB-NDlavela-1315-1355)*

*Havia homens ou mulheres que se fossem, se o homem tivesse três mulheres, eles não se entendiam e cada um vivia do lado dele e isso também criava muita violência tanto para a família, tanto para com os pais e os filhos, e aquilo de fuga de responsabilidade, crianças que eram deixados, dizendo que não tinham família e a família não aceitava porque dizia que não estava em condições, o tchova-tchova ajudou-nos. É geral. (EI-230414- N-OCB-Manhiça-1204-1231)*

*Houve envolvimento das estruturas locais e nos seus encontros comunitários do Governo já faziam menção deste assunto... As agitações que se verificaram em barracas, nas famílias e em termos daquelas bebidas tradicionais reduziu-se muito... passaram a ter e passaram a conhecer que existe, porque o que aconteceu, nem sabiam que existia uma instituição dessa natureza mas passaram a conhecer seu valor e aproximar, saber que um problema destes natureza há esta situação. (EI160414-CC-OCB-Xai-Xai-1206-1230)*

## **Community members' and leaders' participation in HIV/AIDS activities**

Os depoimentos divergem em relação ao comparecimento das pessoas às atividades promovidas na comunidade. Isto varia, a depender do tipo de evento. Por exemplo, nas sessões de debates, ao que parece, o número pode variar de 5 a 20 participantes, com menor presença de homens.

*Algumas vezes aparecem muitas, outras poucas. Às vezes apanhas mesmo 20. (GD 08042014-A-C-GA-NDlavela-1055-1330)*

*Há aqueles que aparecem assim do jeito deles, mas com aquela timidez, podem ser cinco ou seis e nós nos juntamos a eles. Os que negam ficam de longe, mas por vezes aparecem. (GD- 210414-N-CC- GA-Manhiça- 1136-1249)*

*Sim, não muito, mas costumam vir, por exemplo, onde estou, somos 21, mas sim muitas pessoas aderem. Todos tanto senhores como também senhoras e os jovens, também por causa das palestras eles tem participado, mas chegamos e encontramos que só há 2 senhores e a maioria nós senhoras. (GD140414J-N-GA-Xai-Xai-1000)*

Os comentários de membros da comunidade sobre a participação dos líderes locais, incluindo religiosos, nesses eventos sugerem que, quando presentes aos encontros, envolvem-se nos debates e também dão conselhos.

*A participação dos líderes é a seguinte, ficam para escutar do que se está a falar... e quando participam lutam para se alegrar, lutam para apoiar, dar conselhos para se alegrarem... (GD-080414-HI-RS-MCH-NDlavela-1137-1320)*

*Sim, às vezes participam. Estou a dizer às vezes porque eu já fui a uma zona ver um pastor da Igreja irem fazer aquilo ali, ajudar essas pessoas. Primeiro quando chega ele também entra com aquele grupo ali, ele também tem uma palavra pra comunidade, mas em termos dessas pessoas. (GD-230414-HI-RS-MCH- Manhiça-1225-1318)*

Quando eles estão lá, estão como se fosse alguém que vem aprender, também dizem coisas que se nós formos a seguir amanhã, vai nós ajudar. (GD-140414-H-A-MCH-Xai-Xai-0935-1120)

No que se refere às feiras de saúde, onde também se faz a testagem e são promovidas outras atividades, os depoimentos revelam que a participação é mais expressiva, principalmente tendo a OCB mobilizado previamente a comunidade para o evento. Alguns tomaram conhecimento desses eventos através dos facilitadores do TTHV, e ainda outros mencionam que em suas zonas esses eventos não são muito frequentes.

*Quando se organiza alguma coisa e informam que têm que participar... por exemplo aqui, há dirigentes da associação que vem com a agenda, com a ideia, vem de acolá nos dizer, no dia X há de haver coisas assim, assim. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDIavela-1137-1320)*

*Os comentários é que as pessoas que estão nesses eventos eles ficam felizes por ver que ali há pessoas que fazem teste, trabalhos relacionados à saúde, então as pessoas ficam felizes, de feiras de HIV/SIDA, as pessoas ficam bem mesmo. (GD-230414-HI-RS-MCH-Manhica-1225-1318)*

*O problema dessas feiras é que acontecem mais na cidade, mas às vezes é difícil se ter conhecimento... Por exemplo, Patrice quase é o bairro mais populoso, então nunca é demais às vezes descolarem-se para fazer a feira aqui. (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

*Nós começamos a ouvir bem isso através daqueles de Tchova Tchova mandados pelo Reencontro, eles organizavam em muitos lugares, até que ouvimos. (GD-170414-H-A-H25-49-Xai-Xai-1010-1109)*

## **Results evidence 3: Individual and family level outcomes promoted by PACTO that helped to increase HIV prevention and treatment**

### **HIV testing individual and family knowledge and attitudes**

Ao lado de opiniões de que actualmente a infecção pelo HIV é algo aceito com mais “naturalidade”, devido à disseminação de informações nos medias e comunidades, e apoios de grupos locais, os depoimentos também revelam que ainda há resistência à testagem, em decorrência das dificuldades relacionadas ao acesso aos serviços e do medo do diagnóstico. Sugerem também, que apesar do trabalho de sensibilização e da actuação dos grupos de apoio, geralmente, as pessoas tendem a só procurar uma unidade de sanitária para a testagem quando se sentem doentes.

*...Tempos atrás tivemos muitas palestras nos hospitais, publicidades nas televisões, por exemplos esses grupos de ajuda que aparecem para aconselhar as pessoas... agora há muitas palestras no sentido de, o SIDA não se apanha por exemplo por usar a colher que usa para comer ou o prato que usa, não se apanha assim, sida apanha se sangue por sangue, apanha-se através do sangue. Já, então, agora há mudança porque já não se teme uma pessoa com SIDA como antigamente...Então, há mudança porque já não assusta, já não nos assustamos, já não é*

*assustador, convivemos com ela feita pessoa simples. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDIavela-1137-1320)*

*As pessoas não têm coragem de dizer que não têm dinheiro de chapa... nada, está a dizer coisas difíceis, não tem. É muito difícil ir buscar alguém para fazer o teste, é muito difícil. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDIavela-1137-1320)*

*Sim, a dificuldade é que há pessoa que vai pro hospital **quando já o corpo está cansado**, então aqueles processos ali para levar pro tribunal, pra dizer, o Ministério, então não é daqui pra aqui pra sair aqueles medicamentos, primeiro tem que ter cartão, então quanto mais você vai pro hospital é quando o corpo tá cansado, **uma semana, vai sentir parece que são um ano**. (GD-230414-HI-RS-MCH- Manhiça-1225-1318)*

*Quando se desconfio que aqui talvez tenho, quando se suspeita, fora disso é muito difícil de a pessoa aceitar fazer teste... A pessoa só faz teste quando se desconfia que aqui, ou quando fica doente vai ao hospital e então a pessoa é obrigada a fazer teste, mas de livre espontânea vontade duvido porque na minha zona, na minha comunidade isso não acontece... (GD-150414-J-N-M25-35-Xai-Xai-1503)*

## **ART adherence individual and family knowledge and attitudes**

As interrupções e/ou abandono do tratamento parecem estar mais relacionadas com a dificuldade do indivíduo de lidar com os efeitos secundários da medicação em face não dispor de alimento suficiente ou de não saber aproveitar os alimentos que a família própria cultiva, do que propriamente por falta de informações ou não reconhecimento dos benefícios do TARV para manter a saúde pelos indivíduos e suas famílias.

*Vemos pessoas que vão juntas buscar o remédio e não tem problemas de revelar que estão doentes. Antes de termos palestras sobre o HIV as pessoas tinham medo de revelar que eu estou, mas agora não tem problemas com ninguém, sabem que é uma doença que basta cumprir o tratamento, vai sobreviver. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDIavela-1137-1320)*

*...a alimentação, até porque já me referi a esse aspecto que pode se dar o caso de se abandonar a toma por falta de alimentação. Estes comprimidos são muito fortes e criam tonturas...já se não tem alimentação outros deixam... (GD-220414-A-C-GAAC-Manhiça-1110-1205)*

*... encontramos aquelas pessoas que já iniciaram o tratamento e desistem e voltam a terem recaídas. Ele diz que não aguenta os comprimidos porque não tem comida suficiente, então nós a aconselhamos... que a Mboa e Matsinbo (verduras) que ela plantou em casa na pequena machamba, que estas coisas são de grande vantagem para aqueles comprimidos e então 'não deixe'. (GD140414J-N-GA-Xai-Xai-1000)*

*Sim, houve mudanças nas famílias. As pessoas conseguem ir ao hospital, já não acontece o que acontecia-nos, os homens e mulheres em que abandonavam tratamentos; antigamente*

*chegavam acusar-se de ter sido a mulher que tenha contraído primeiro, agora sabem retornar ao hospital quando há uma interrupção de tratamento e as famílias, por exemplo, aquelas que tenham todos membros contraído HIV, vão buscar os medicamentos ou um membro da família vai buscá-los. Sim, apoiam-se em casa e até pede a sua mãe para cuidarem da sua mulher, principalmente quando contrai essa doença a família vem ajudar os trabalhos de casa. (GD-150414- N-J-PP-Xai-Xai-0935)*

A falta da medicação na US também parece ser uma das razões para a interrupção da medicação. O receio do agravamento da infecção devido à interrupção do uso é um indício de que a pessoa reconhece a importância da adesão.

*Reclamam por ficarem muito tempo sem conseguirem os medicamentos e perguntam se por não tomarem não vai piorar e nós dissemos para perguntarem aos médicos por que não há comprimidos. Por vezes há falta de medicamentos e sofrem por isso. (GD- 210414- N-CC- GA-Manhiça-1136-1249)*

*Por vezes no hospital não temos comprimidos e os doentes sempre perguntam ou querem saber se ao ficar sem tomar o medicamento... neste ano está pior, ano passado aconteceu mas não foi grave porque recebíamos medicamentos de 15 em 15 dias mas este ano, está muito mal porque há quem fica trinta dias sem tomar nada e eu acho que isso é uma falha para os doentes. (GD-210414-N-CC-GA-Manhiça-1136-1249)*

## **Spousal support attitudes**

Os depoimentos de membros da comunidade indicam que há mais solidariedade hoje em dia com PVHIV, e melhorou a convivência entre casais onde um dos parceiros é HIV positivo, no sentido de que a doença passou a ser mais aceitável. Contudo, os participantes não conseguem dizer se a comparação que estabelecem é entre os primeiros anos da epidemia e o momento actual ou em relação aos últimos três anos.

*Já não é comum haver barulho por causa desta doença, já não é comum, existe mudança, ver, vemos, existe, mas já não é comum perseguirem-se, vai- te embora, trouxeste-me tuas coisas aqui, sai daqui, já não quero cuidar de ti... Já não é comum fulano tem SIDA e abandonou a família, já não é comum. (GD-080414-HI-RS-MCH-NDlavela-1137-1320)*

*Houve mudança sim. Antes quando sabia que o marido tem HIV, podia abandonar dantes mas agora fica com ele. (GD-230414-HI-RS-MCH-Manhiça-1225-1318)*

*Houve mudança, houve mudanças nos casais porque quando a pessoa está doente ou o marido vai apanhar então vem informar a esposa, então vão fazer tratamento... Então ali há mudança já que os dois se sentam e dão-se conselhos... (GD-080414-HI-RS-MCH-NDlavela-1137-1320)*

*Notamos mudanças de facto, porquê?... o marido disse a esposa, 'vamos tomar medicamentos e a mulher não quis entender', então isso vemos que está a mudar já não se faz sentir muito, por exemplo quando dizem a mulher tem problema, aquele casal tem problema, ou porque a mulher saiu de casa porque o marido tem HIV/SIDA isso melhorou muito, mas antes tinha muito isso, era normal ouvir que aquele homem abandonou a sua casa porque a mulher tem HIV/SIDA isso mostra que havia uma guerra mas agora está calmo. (GD-140414-H-A-MCH-XAI-XAI-0935-1120)*

## **Results evidence 4: Improved integration between clinics and community organizations to support HIV prevention, and treatment uptake and adherence**

### **Referral network between CBOs and health services providers**

Os provedores opinam que a aproximação entre US e comunidade tem melhorado desde que iniciaram as parcerias com as OCBs, e que o suporte delas e dos grupos de apoio na comunidade é importante porque as US não têm condições sozinhas de disseminar informações na comunidade, captar as pessoas que necessitam dos serviços de HIV, inclusive os faltosos às consultas marcadas, e nem apoiar a adesão ao TARV com a entrega da medicação para aqueles que não vem buscá-la..

*As OCBs têm contribuído bastante na comunicação entre comunidade e unidade sanitária, vinculo esse que não estava tão fortificado quando, no tempo em que não tínhamos as OCBs a trabalhar devidamente e a estabelecer essa comunicação entre o que se faz nas comunidades e a própria US... (EI-100414-J-PS-NDIavela-1252)*

*As associações no âmbito do HIV são bem vindas e é mais uma valia para as nossas actividades e nos apoiam bastante nas nossas actividades. No que concerne à busca de pacientes no abandono do antiretroviral e em outras doenças crónicas, mas também quando temos uma mensagem a passar nas comunidades, nos cingimos nessas OCB. Temos ponto focal dessas OCBs que trabalha no âmbito do HIV. (EI- 210414-J-PS-Manhiça-1112- 1125)*

*...Agora estamos organizados no sentido de recebermos referências da comunidade para o hospital... contamos com apoios das OCBs que emitem guias e trazem para a unidade sanitária. Aquelas guias nós contabilizamos no fim do mês para percebermos o impacto das OCBs. De um modo geral ajudam e não só do PACTO, mas também de outras OCBs, é que todas as guias das OCBs caem em nós. É uma das vantagens. (EI-210414-R-PS-Manhiça-1136-1158)*

*Essas buscas, se não tivéssemos estas actividades que, graças a Reencontro, nós não iríamos conseguir, porque nós só chegamos, e trabalhamos, fazemos os nossos serviços aqui na unidade sanitária, enquanto tem pessoas lá que estão a abandonar, então eles fazem trabalho de domicilio também. (EI-140414-CC-PS-Xai-Xai-1420-1440)*

Os provedores citam ainda outros obstáculos para a captação dos faltosos: estes nem sempre residem na área de jurisdição da US, as USs não dispõem de meios de transporte, e nem de tempo para localizar os utentes por telefone, e mesmo que tivessem, as linhas sempre apresentam problemas de sinal.

*... Nós sempre temos um outro constrangimento, endereços, mudança de residências por parte dos utentes é um dos factores, temos ainda, tem endereços que não são fáceis de lá chegar, alguns não constituem a realidade, então, tem uma série de factores que contribuem para que a busca activa não seja em cem por cento satisfatória. Temos encontrado alguns, dependendo do local de residência também, já que muitos provêm da cidade de Maputo e não nos permite chegar até lá, e algumas áreas da província de Maputo, e isso tem sido uma dificuldade para o transporte chegar até lá, então não nos permite em cem por cento alcançar todos aqueles que faltam ou abandonaram os serviços. (EI-100414-J-PS-NDlavela-1252)*

*Não temos condições de fazer buscas por telefone e não temos meio de transporte para nos deslocarmos à comunidade, então, com essa associação, nós já conseguimos recuperar os nossos abandonos e os faltosos também, então isso já é uma mais valia para nós. (EI-150414-CC-PS-Xai-Xai-1100 -1111)*

O rastreamento dos faltosos (pacientes do TARV que não retornam aos serviços de saúde para as revisões) é viabilizado pelos membros de PP, GA e GAA; apenas os primeiros, em coordenação com as ONGs. Os três grupos, em coordenação com os Pontos Focais nos serviços.

Os facilitadores de PP pegam as listas dos faltosos na US e/ou são contactados, geralmente, pelo Ponto Focal na US para ajudarem na busca activa.

*O doente que abre um processo deixa lá o seu endereço, número de telefone porque pode ter um doente que vive sozinho, às tantas tem uma recaída, está muito mal, se temos um contacto dele ligamos, porque ali deixa dois contactos, um contacto dele e de um familiar. Se temos um contacto deles, ligamos... (GD-080414-HI-AG-PP-NDlavela-1427-1602)*

*Sim, temos uns papeis (Guias de referência) que as tomamos como referência dos doentes no bairro para que qualquer um que aparece a gente a entrega de modo a que no hospital tenha facilidades de tratamento. As pessoas deixam controle aqui e o enfermeiro liga para nós a dizer para irmos ao hospital para podermos levar os nomes das listas e procurarmos os que faltaram a consulta. Nós procuramos e mandamos de volta. (GD-210414-HI-AG-PP-Manhiça-11 00-1200)*  
*Não temos dificuldades. Isto porque temos um ponto focal. Mais fácil ainda se a pessoa poder andar sozinha, sem ajuda, basta dar um número de telefone da pessoa com quem vai ter e a ele (ponto focal no hospital) lhe dar o número da pessoa. Assim fica fácil. (GD-210414-HI -AG-PP-Manhiça-11 00 -1200)*

Membros do PP observam que seguem aqueles que abandonam o TARV para apoiá-los na adesão e/ou encaminhar ao hospital, e ainda que, muitas vezes, são procurados por pessoas em tratamento quando ficam doentes para saber o que devem fazer.

*Quando vemos que deixou de tomar os medicamentos o seguimos de modo a leva-lo ao hospital para que volte a tomar os medicamentos. (GD-150414- N-J-PP-Xai-Xai-0935)*

*Usamos um guia. Em Manhica tem um ponto focal que elabora guias para as pessoas, depois mandamos um bip para o ponto focal da Manhica a dar sinal de que está a vir alguém com guia. No guia tem duas assinaturas, uma do hospital e outra do agente da Amuchefa. Neste caso o hospital fica com uma parte no guia e fica com ela e nos devolve outra parte. Outros Hospitais não dão cartão e mandam voltar assim mesmo... Mas pode acontecer aparecer um participante e nos encontrar sem guias, ligamos e dissemos que está a aparecer alguém com estas e aquelas características. Ao participante damos outra informação que pode ser nome para poder ajudar a encontrar a pessoa do hospital, ele é atendido. (GD-210414-HI -AG-PP-Manhica-1100 -1200)*

*Sim... já é simples porque temos o Ponto focal. Temos o número de contacto de Ponto focal que damos a tal pessoa que é referido... Damos aconselhamento, escolher o que ele quer ir fazer lá, para não chegar ficar distraído se a conselheira lhe dizer o que você quer o quê, o que você quer, vem fazer o quê aqui? Porque outras pessoas quando chegam no hospital pergunta, o conselheiro pergunta, você deixou de tomar comprimidos, tens cartão? Para não ter esses casos, nos primeiro conversamos com ele bem para ir saber explicar o que ele vai fazer lá. (GD- 150414-N-J-PP-Xai-Xai-0935)*

Igualmente, os membros dos GA recebem das US as listas para a efetuarem a busca, em coordenação das OCBs. Às vezes, ajudam as pessoas com algum dinheiro para a compra de créditos para o celular.

*Conhecemos as pessoas e entre nós combinamos e entregamos as guias e mandamos ao hospital. Eles têm contacto com o Ponto focal. Este fornece a guia para a pessoa do GA, que entrega à pessoa identificada, inclusive dão o dinheiro à pessoa para ela comprar crédito e ligar para o Ponto focal quando chegar ao hospital. Sabem alguma coisa ao visitar a pessoa posteriormente ou através do Ponto focal. (GD- 210414 N-CC-GA-Manhica- 1136-1249)*

*Porque vemos as pessoas a irem buscar medicamentos. Em caso de abandonar a toma, nós temos um Ponto focal que diz que fulano não veio e já não vem. Ela trabalha lá no hospital... ao identificarmos falamos com a Ponto focal que faz uma guia e diz que ao chegar lá mostra a guia e por vezes, usa o contacto, basta dar 10 mt de crédito a pessoa referida. Assim quando chega no hospital liga, a Ponto focal sai e atende no que for necessário. (GD-210414-N-CC- GA-Manhica-1136-1249)*

*Quando o hospital sente falta dessas pessoas, faz o levantamento dos nomes daquelas pessoas e encaminha-os a Reencontro. Como nós somos parte do grupo tchova e nos encontramos na Reencontro, o hospital traz os nome aqui. Então a Reencontro segue os endereços colocados nos*

*documentos de cada doente... então esta pessoa é que vai procurar o doente junto do chefe de quartirão daquela unidade, nos indica a casa da pessoa e depois vamos, não vamos em grupo, vai uma pessoa, apresenta-se, fui mandada pelo hospital porque sentiu a sua falta, 'não vai buscar o medicamento, o que se está a passar?', é assim mais ou menos que tomamos conhecimento. O hospital trabalha com a Reencontro. (GD140414J-N-GA-Xai-Xai-1000)*

Os membros dos GAA não coordenam formalmente com uma OCB ou uma unidade de saúde um trabalho de busca activa. Os encaminhamentos que realizam, seja para testagem ou retomada do tratamento, são decorrentes do monitoramento daqueles que sabem que estão a fazer a medicação ou por solicitação de vizinhos. De qualquer forma, quando encaminham alguém seguem os mesmos procedimentos dos grupos anteriormente mencionados, ou valem-se apenas de um telefonema para o Ponto Focal, informando que vão encaminhar a pessoa.

*No hospital, se forem, pedimos os cartões ou os medicamentos para confirmarmos. Agora mesmo tem ido, as pessoas, elas vêm até nós e dizem sobre o que apanharam, mesmo para sabermos da falta de medicamentos eles é que vieram dizer-nos... Por vezes a pessoa é renitente e quando é assim pedimos ajuda ao chefe de quartirão, dizemos que essa pessoa abandonou o tratamento. Então a pessoa levanta e vai ao hospital. (GD-230414-J-A-GAA- Manhiça-1228-1327)*

*Quando são pessoas que querem fazer o teste, ou que abandonaram o tratamento, falam comigo e eu me encontro no UATS (unidade de aconselhamento e testagem em saúde), com os profissionais de saúde, e quando chegam com aquela pessoa pergunto o seu nome para preencher guia de referência e depois dou entrada da guia de referência ao ponto focal da prevenção positiva, depois este é que lhe encaminha aos serviços que a pessoa necessita. É desse jeito que nós fazemos. Mas agora as guias de referência já não têm muita importância, mas sim a via telefónica, se me enviam alguém, lhe dou código de referência e lhe encaminho ao hospital para se encontrar com o Augusto (Ponto focal), daí que o Augusto lhe encaminhará ao destino exacto. (GD 150414-H-A-GAA-Xai-Xai-1450-1527)*

Os membros dos GAAC não participam directamente do rastreamento, esta não é a sua função, embora encaminhem, eventualmente, pessoas doentes ou que abandonaram o tratamento aos serviços de saúde, seja para a nova testagem do HIV ou consulta. Além disso, um ou outro podem ser solicitados a identificar faltosos por serem conhecidos da US e na comunidade.

*Eu estou sempre na comunidade a trabalhar e na Unidade sanitária e por as pessoas me verem na Unidade sanitária pedem meu número e ligam para mim e dizem sabemos de que você trabalha na US, temos preocupação x, faço referências de pessoas que são dados números não sei com quem ligam para mim, falam comigo e eu faço as referências. (GDO90414-C-N-GAAC-NDlavela-1050-1223)*

*Nada, eu nunca não participo, só faço a minha parte quando vejo alguém.* (GDO90414-C-N-GAAC-NDlavela-1050-1223)

*Se encontrarmos essas pessoas que iniciaram a toma e interromperam apelamos que regressem porque é perigoso.* (GD-220414-A-C-GAAC-Manhiça-1110-1205)

Membros da comunidade reafirmam a importância de terem sido acompanhados por esses grupos.

Fez muita coisa, visitar, passar a levar medicamento para mim me entregar em casa, nem, quando eu estava de baixa vinham me visitar. Por ter participado nesses grupos ganhei coragem e tive família, amor e tudo, quando ver esse grupo ai a me ajudar, porque eu também estava muito mal, mal mesmo, mas por ajuda desse grupo graças a Deus estou são e salva. (GD-080414-N-J-MMC-Ndlavela-1310-1356)

A ampliação do acesso aos serviços de HIV e cuidados para PVHIV depende de um conjunto de intervenções e ações integradas, envolvendo as redes de apoio na comunidade, articulações, parcerias e fluxos funcionando mediante ferramentas de gestão.

Consoante os depoimentos obtidos dos provedores, mencionados anteriormente, as US não têm recursos humanos suficientes para gerar demanda aos serviços de HIV e dar conta da busca activa dos faltosos. Para tanto, elas dependem de um sistema organizado de redes de apoio na comunidade, integrado por OCBs, activistas, líderes locais, chefes de quarteirões, entre outros (que podem indicar endereços e identificar pessoas) e de ferramentas de referência aos serviços fáceis de acessar. O sistema de referência às US é montado com o apoio desses intervenientes - facilitadores das OCBs e e grupos de apoio para visitar, referir e fazer a busca activa de faltosos, e Ponto Focal da OCB na US para receber e encaminhar os utentes aos serviços – , através de uma gestão combinada entre OCBs e US para fazer o sistema funcionar. O Ponto Focal da OCB na US é extremamente importante para organizar o atendimento e assegurar que as referências de pessoas aos serviços sejam atendidas conforme suas necessidades.

O trabalho dos grupos de apoio nos serviços e nas comunidades tem impacto significativo na vida das PVHIV, conforme referido em vários depoimentos. Os grupos como GAAC, GA, GAA têm um papel fundamental de apoio aos serviços de saúde da rede pública na identificação de pessoas com sintomas do HIV, por intermédio das quais essas pessoas conseguem acesso mais fácil à testagem, tratamento e internação, se necessário. Este apoio é indispensável, principalmente em se tratando daquelas que estão mais desamparadas socialmente, em condições mais avançadas da infecção, em virtude dos membros desses grupos residirem na área, pela convivência directa com seus familiares e conhecimento de mecanismos e fontes para accionar.

A capacidade de resposta dessas redes de apoio é, no entanto, limitada, e tende a se restringir mais ainda se os vínculos com as OCBs não forem mantidos. Os recursos de que dispõem para dar alguma assistência à comunidade são limitados, por exemplo, não têm como fornecer apoio em alimentação

para aqueles que não aderem por alegar sofrer os efeitos secundários da medicação, não dispõem de dinheiro para ajudar com o transporte quando a pessoa não tem como se deslocar sozinha, para por créditos no celular e poder fazer as chamadas aos serviços para referir pessoas, bem como para o próprio deslocamento no terreno, aspectos estes já mencionados. Por outro lado, a capacidade das US de incorporarem as ações assistenciais desses grupos na comunidade, especialmente, auxiliar na criação de condições para ampliar o acesso é duvidosa a curto ou médio prazo.

## Counter referrals from health services to community services

A contra-transferência não está suficientemente organizada. Os provedores das US desconhecem os equipamentos sociais disponíveis para encaminhamento de PVHIV (ONGs ou órgãos públicos que podem dar apoio psicológico, social ou qualquer outro tipo de atendimento específico). Afora encaminhamento ao apoio nutricional proporcionado pelo INAS a utentes impossibilitados de conseguir suprir esta necessidade com recursos da família, as referências de utentes para serviços na comunidade limitam-se ao GAAC e PP.

*Encaminhamos para o INAS para o apoio alimentar... primeiro perguntamos ao pacientes qual o rendimento dele para ver se há necessidade de encaminhar... sim, temos uma ficha de referência para o INAS. Por outro lado, parece que a US desconhece o resultado do encaminhamento para o INAS, a não ser que o próprio utente informe. (EI-140414-R-PS-Xai-Xai-1454-1513)*

*Nós referenciamos. Primeiro, para referenciar, nós fazemos o mapeamento das necessidades do utente e de acordo com as suas necessidades referenciamos e sabemos que a que organização nós mandamos... Por exemplo, é uma pessoa que não está a aderir ao tratamento, então, existindo grupos que apoiam a nível comunitário nós sabemos aonde referenciar a esta pessoa para poder deixar de se sentir isolado e se sentir acompanhada... (EI 210414-J-PS-Manhiça-1112-1125)*

*Temos serviços de HDD aqui na unidade sanitária (Hospital de Dia), é onde se faz os seguimentos, todas as pessoas SP (seropositivas) são atendidas aí, e eles sabem que a associação X na comunidade tem alguns facilitadores, tem um grupo GAAC, GAAC, por exemplo, eles referem àquele grupo porque os facilitadores podem usar aqueles, irem directamente àqueles serviços para irem tirar a lista das pessoas para poderem dar sessões lá nas comunidades, quer dizer, isso é uma forma de referir as pessoas para terem os serviços da PP na comunidade, sim. (EI-090414-J-PF-NDlavela-1150)*

Um membro de PP confirma o encaminhamento acima mencionado.

*A mim mandam, muito em particular sobre PTV, porque é difícil descobrir se uma pessoa grávida está doente ou não. Depois do teste eles me chamam para mobilizar a pessoa para entrar no grupo e depois passa a receber palestra. Se tiver alguém que já teve uma guia, dado que aqui em Maluana tudo fazemos, tem teste, CD4 e medicamentos; se a pessoa fugir, procuram por mim e me perguntam se eu conheço e pedem para eu a procurar e a trazer de volta ao grupo e fazer com que ela participe das palestras. (GD-210414-HI -AG-PP-Manhiça-11 00 -1200)*

Para além das iniciativas mencionadas, as OCBs são contactadas por provedores para apoiar pacientes acamados nos cuidados domiciliários. Cabe acrescentar que há provedores que desconhecem quaisquer outros recursos na comunidade para onde encaminhar utentes.

Não, nós só recebemos da comunidade para a unidade sanitária... não temos outras associações para esses serviços, não é?... Nós só referimos, se temos um paciente grave nós só podemos referir aos cuidados directamente no internamento que é no hospital provincial ou se é alguém que tem que fazer ... uns cuidados feitos em casa, aí temos o contacto com a Reencontro para nos apoiar; para além desse, do ponto focal temos activista daqui da unidade sanitária que trabalham juntos com a Reencontro para esses doentes acamados na comunidade que não podem também estar no Hospital. (EI-150414-CC-PS-Xai-Xai- 1100 -1111)

### **Access to HIV/AIDS services at health centers and CBOs (supply side)**

O acesso aos serviços de HIV é facilitado pelos facilitadores das OCBs e grupos de apoio na comunidade, mediante as guias de referência distribuídas pelos Pontos Focais e OCBs. Por meio desta guia, a pessoa referida tem o seu atendimento mais rápido e é direccionada ao serviço solicitado. De qualquer forma, o Ponto Focal faz uma espécie de triagem através de observação e conversa com a pessoa encaminhada. Priorizar o atendimento pode causar, eventualmente, algum constrangimento para outros utentes que procuram espontaneamente os serviços, mas é a única forma de agilizar o atendimento de pessoas que foram encaminhadas porque a sua necessidade em relação a algum serviço de HIV foi identificada, além de funcionar para estimular a procura dos serviços.

*É fácil quando você chega no hospital, quando você já tem número é melhor para ser atendido... com essas organização é muito simples. (GD-080414-N-J- MMC-NDlavela-1310-1356)*

*Eu estava doente e depois me levaram ao hospital onde fiquei de baixa e ai descobriram que eu tinha HIV e me deram um papel, cartão, para passar a levar comprimidos... ao longo do tempo depois me cansei por causa do hospital. Desisti e fiquei em casa...depois minha cunhada, quando soube, ela me aconselhou a voltar ao hospital e me passou a Sra. Laurinda (PF da Amuchefa na US). Ela é que me atendeu até voltar a ter acesso aos medicamentos, mês passado eu levantei os medicamentos... foi muito fácil. Foi muito fácil... ela é que dirigiu e atendeu de tudo e até me levou ao médico (EI-220414- J-UT-Manhiça-1152-1201)*

*Sim, encontrei alguém a me acompanhar no local do teste, o Gabriel (Ponto Focal) fica aqui no grupo, ele é que manda entrar nas reuniões... sim.... disse que trazia um doente e depois me levaram para os exames médicos. (EI-160414-R-UT-Xai-Xai-0945-0959)*

### **Linkages among the various support groups (PP, GA, TTHV, GAAC, GAA)**

Os laços existentes entre os distintos grupos de apoio explorados nesta pesquisa parecem frágeis se considerado que a interlocução e encaminhamento de uns para os outros não aparece em nenhum relato, muito provavelmente porque, de uma maneira ou de outra, independentemente da razão para terem formado um grupo, todos acabam por se entregar a tarefas semelhantes na comunidade.

*Eu interajo com eles através das sessões de prevenção positiva, na interação com eles, lhes falo da importância de fazer parte do grupo e aqueles que não querem não entram pois preferem fazer o controlo sozinhas, daí que fica difícil saber quais as pessoas que sofrem dessa doença, que só se descobre quando a pessoa tem um recaída e descobre-se que tem um lote de comprimidos que não tomava e não vai mais ao hospital fazer consultas. (GD-090414-A-H-GAA-NDlavela-1059-1227)*

*Fomos capacitados e depois vimos que isso tinha um certo interesse. Se alguém estiver doente sabemos cuidar dele, isso é nosso dever. Cozinhamos e damos dinheiro para outras coisas até mesmo o levamos ao hospital até melhorar e ele também entra no grupo. (GD-220414-A-C-GAAC-Manhiça-1110-1205)*

*Agora temos entendimento, andamos a dar palestras, recebemos ensinamentos nos nossos lares mesmo nos bairros a situação é esta, têm que viver assim então os papás acabam aprendendo e acompanham, conseguem mudar e conseguem nos acompanhar... (GD150414-H-A-GAAC-Xai-Xai-0935-1017)*

Embora somente os membros do GAAC sejam inscritos nas US para levantar antirretrovirais para levar aos integrantes do grupo, membros de outros grupos conseguem, eventualmente, os medicamentos através do conhecimento de técnicos da US e os entregam às pessoas que não estão em condições de se deslocarem aos serviços US. E, igualmente, conseguem guias de encaminhamento através dos Pontos Focais nas US e de facilitadores das OCBs.

A rigor, as percepções dos membros desses grupos sobre o trabalho colaborativo na comunidade para prevenir o HIV e ampliar a adesão ao tratamento são um tanto vagas, apesar da insistência dos facilitadores da pesquisa em explorar o tema. Por exemplo, em nenhuma das províncias os membros de GA parecem ter uma noção clara da importância disto. De modo geral, em todas as discussões com os distintos grupos, alguns participantes informam ter algum conhecimento da existência de grupos locais de PP, GAAC e GAA, mas definitivamente, enquanto grupos não estabelecem relações entre si.

*No meu grupo não fazemos isso. No meu grupo só aconselhamos. (GD 08042014-A-C-GA-NDlavela-1055-1330)*

*Cada um fica no seu canto porque o grupo GAAC só ajudam-se cada um, se põe levantar os medicamentos para outro no grupo que se visitam, já esse de auto-ajuda não sei directamente qual é a função que tem na comunidade, mas sempre há diferença. (GDO90414-C-N-GAAC-NDlavela-1050-1223)*

*Não temos outro sitio, só temos a Reencontro apenas. (GD140414J-N-GA-Xai-Xai-1000)*

## Discussion

Conforme os depoimentos obtidos, as principais barreiras relativas à procura dos serviços de HIV podem ser divididas em duas categorias: (a) do lado da população, a dificuldade de acesso facilitado às US (especialmente, distância da residência e falta de transporte), dificuldades de comunicar o estado de HIV para a família, reservas à testagem, quando não há sintomas da infecção, interrupção do TARV por falta de alimentação, receio de mal atendimento nas US, e o hábito de só procurar ajuda médica quando os recursos tradicionais não dão resposta e o quadro de doença se agrava; (b) do lado dos serviços, dificuldades estruturais (poucos recursos humanos qualificados e em quantidade para prestar assistência atempada às PVHIV) e problemas de organização do atendimento e controlo dos registos de atendimento devido à alta demanda para diferentes tipos de atendimento versus número limitado de provedores, e, pela mesma razão, não ter condições de fazer a busca activa dos faltosos.

O facto de PVHIV revelarem seu estado e pedirem ajuda a membros dos grupos de apoio para apoiá-los na obtenção da medicação, de as famílias solicitarem apoio desses grupos para a procura dos serviços de HIV, de PVHIV comparecerem aos debates promovidos na comunidade, bem como os líderes locais envolverem-se nos debates e apoiarem a busca activa, juntamente com membros da comunidade são, em certa medida, indícios de um maior enfrentamento da infecção pelas populações assistidas por esses grupos e do alcance das contribuições do PACTO.

Os depoimentos dos grupos de apoio relatam situações de encaminhamentos de pacientes que funcionam bem; provedores destacam a importância das OCBs para fazer o fluxo de encaminhamentos funcionando, o papel dos Pontos Focais para organizar a demanda e dos activistas das OCBs para apoiar na busca activa; e as OCBS enfatizam os avanços nas suas organizações e articulação com as US. Contudo, a articulação entre grupos aparece como uma fragilidade (os diferentes grupos fazem de tudo um pouco, não considerando as especificidades dos grupos, e não contam com recursos para ampliar seus territórios de trabalho).

No que se refere à população, as barreiras acima apontadas permanecem, mas foram minimizadas através do suporte do PACTO e OCBs parceiras. Por exemplo, em relação às dificuldades de acesso aos serviços (distância versus condições de deslocamento), os membros dos grupos de apoio fazem o que podem, visitando casa a casa na comunidade, mediante uma organização de tarefas segundo a divisão de territórios de trabalho, acordado pelo grupo, conforme visto anteriormente. No entanto, eles não dispõem de recursos para acessar famílias mais distantes de sua zona de trabalho. A resistência à testagem só diminui após contatos permanentes e estímulo dos membros desses grupos, devido ao medo do diagnóstico, e ainda permanece o hábito de só procurar ajuda médica quando os recursos tradicionais não dão resposta e o quadro de doença se agrava. As barreiras apontadas sobre os serviços permanecem, embora a parcerias das US com as OCBs tenha contribuído para superar os problemas de organização do atendimento e registos através do Ponto Focal, e aumentar a busca activa dos faltosos e o encaminhamento de pessoas com suspeita de HIV para testagem e acompanhamento através dos grupos de apoio.

## Conclusions

Esta análise demonstrou que o projecto PACTO contribuiu para fortalecer a aproximação das US com a comunidade, aumentar a testagem do HIV, e a adesão e retenção de PVHIV ao tratamento antirretroviral. O aumento da procura das US para a testagem do HIV, ainda que não revelada abertamente pelas pessoas, foi testemunhada pelos membros de grupos de apoio que convivem directamente com as comunidades. A análise mostrou também que as atividades participativas, TTHV, PP, Avante Família resultaram na formação de redes de apoio às PVHIV, conectadas aos serviços de HIV através dos Pontos Focais das OCBs nas US. O trabalho desses grupos contribuiu para dar maior visibilidade às condições materiais de grande parte das PVHIV, a necessidade que estas pessoas têm do apoio da família para a adesão e o medo da estigmatização, para promover a abertura de diálogo nas famílias sobre o HIV e sobre questões de género.

Specifically, as áreas que foram reforçadas por efeito das Intervenções do PACTO são a seguir apontadas:

- Estímulo à demanda às US - Encaminhamento de pessoas com suspeitas da infecção pelo HIV para consulta e testagem, através dos grupos de apoio na comunidade, facilitadores de PP, GA, GAAC e GAA, cujos membros tiveram passagem pelo PP ou TTHV;
- Estímulo à formação de novos GAAC por PFs das OCBs, grupos de PP e provedores das US
- Facilidades para receber os utentes encaminhados às US mediante a ação dos Pontos focais das OCBs parceiras do PACTO;
- Rastreamento dos faltosos por acção dos PFs e grupos de apoio na comunidade;
- Instrumentos de controlos das referências aplicados nas US que estabeleceram parcerias com as OCBs parceiras do PACTO;
- Planificação e análise dos resultados do rastreamento dos faltosos por parte das OCBs
- Melhoria da organização interna (arquivos e registos) das OCBs;
- Maior difusão de informações sobre o HIV por acção dos grupos de apoio;
- Maior monitoramento da adesão por parte dos GAAC, facilitadores de PP e GA;
- Maior apoio dos membros da família às PVHIV por efeitos do trabalho dos facilitadores de PP, dos GA e das sessões de TTHV;
- Abrandamento da violência doméstica entre casais que participaram das sessões de PP e do TTHV.

This study also indicated that various challenges related to HIV prevention, treatment, and care remain. Esta análise demonstrou que, ao lado do desconhecimento de muitos membros da comunidade sobre como acessar serviços de HIV, e/ou de dificuldades de deslocamento facilitado aos serviços, ainda há

resistência à testagem, por medo do diagnóstico e de estigma. O medo do estigma se manifesta de duas maneiras: a) no facto de que as pessoas continuam a esconder dos familiares, de vizinhos e até dos activistas, que procuraram uma US para fazer o teste, e de revelarem o resultado, quando positivo; b) elas tendem a postergar a testagem, mesmo quando se sentem doentes. É somente quando os recursos tradicionais não dão resposta e o quadro da infecção se agrava que elas pedem ajuda. A resistência à testagem só diminui após o estímulo pessoa a pessoa. Isto revela a relevância da parceria PACTO/OCBS e seus desdobramentos em grupos de apoio na comunidade.

A não adesão ao TARV (interrupções e/ou abandono) parece estar mais relacionada com a dificuldade do indivíduo de lidar com os efeitos secundários da medicação em face não dispor de alimento suficiente ou de não saber aproveitar os alimentos que a família própria cultiva, do que propriamente por falta de informações ou não reconhecimento dos benefícios do TARV para manter a saúde. Secundariamente, a falta esporádica da medicação na US parece ser uma outra razão para a interrupção da medicação. O receio do agravamento da infecção devido à interrupção do uso é um indício de que a pessoa reconhece a importância da adesão. Daí a importância de um acompanhamento mais constante às pessoas em tratamento e o seu engajamento num GAAC.

A análise também evidenciou as fragilidades do sistema de saúde para dar cobertura às necessidades das PVHIV, apoiar a adesão ao tratamento e realizar o processo de busca dos faltosos: nas próprias palavras dos provedores, as US não dispõem de recursos e mecanismos consolidados para um acompanhamento contínuo dos pacientes referidos, testados e medicados, demonstrando a relevância do trabalho das OCBs e dos membros de grupos de apoio na comunidade para fortalecer o sistema de referência aos serviços e a busca activa dos faltosos. Os resultados apontam também para a necessidade de fortalecimento do apoio assistencial aos indivíduos, casais e famílias afectadas pelo HIV por parte dos equipamentos sociais provinciais e distritais. Além disto, nas US que prestam serviços do HIV as condições de recepção de pessoas que procuram esses serviços podem ser desestimulantes - o atendimento pode ser demorado e não amigável, os resultados dos exames demorarem, e, por vezes, faltar medicação.

The OCBs have a very important role to play in promoting access and adherence to HIV services in the health units. Os Pontos Focais das OCBs nas US desempenham um papel fundamental de acolhimento aos que procuram os serviços e encaminhamentos aos serviços adequados. A articulação entre este Ponto Focal, os membros dos grupos de apoio na comunidade, e os facilitadores das OCBs (TTHIV e PP), bem como as guias de referência que as pessoas levam para as US conformam a “engrenagem” necessária para facilitar o acesso a esses serviços. A análise mostrou que os líderes locais, incluindo os chefes de quarteirões, além de membros da comunidade colaboram com as atividades participativas na comunidade e na busca dos faltosos, mas esta colaboração precisa de ser sempre alimentada e mobilizada pelas OCBs e grupos de apoio na comunidade.

A dificuldade de enfrentamento da infecção entre casais serodiscordantes pode ser considerada um desafio em termos de prevenção positiva, devido às dificuldades que permanecem do marido aceitar que a sua esposa esteja infectada e recusar-se à testagem. As informações obtidas neste estudo revelam que há divergências sobre a extensão deste problema. Por exemplo, os membros de GA enfatizam que

permanecem as dificuldades dos homens aceitarem o diagnóstico positivo para suas esposas, enquanto que na opinião dos GAA já se verificam mudanças de comportamento, pelo menos entre os que tiveram a oportunidade de engajar-se em grupos de debates na comunidade ou foram assistidos por activistas dos grupos de apoio. A propósito, as OCBs destacam o papel do TTHV para orientar a população sobre os equipamentos comunitários de apoio a conflitos familiares, considerando que a violência doméstica é uma prática corriqueira nas províncias. Membros da comunidade, por sua vez, destacam mudanças em normas de género e maneiras de pais e filhos se relacionarem após a participação de homens, mulheres e casais nas sessões do TTHV.

Um dos problemas apontados na análise diz respeito à necessidade de fortalecer a contra-referência de PVHIV das US para equipamentos sociais e/ou outros tipos de serviços (apoio psicológico; apoio à VBG etc.) na comunidade, como parte do contínuo da atenção em saúde. Apesar do sistema de referência ter sido conceptualizado e estruturado para incluir a contra-referência, esta parece não ter avançado. Os encaminhamentos de utentes para serviços na comunidade limitam-se a indicar o GAAC, o PP, ou ainda o INAS (apoio nutricional). De modo geral, os provedores parecem desconhecer essas estruturas, afóra o INAS, assim como também não as conhecem os grupos de apoio às PVHIV que actuam na comunidade. Algum estratégia deveria ser montada para disseminar nas US os equipamentos existentes e sensibilizar os provedores e Pontos Focais para o encaminhamento, segundo as necessidades dos utentes.

Nesse contexto, a sustentabilidade das redes de referência aos serviços depende de alguns factores: a) as OCBs darem continuidade às atividades que realizam. Isto vai depender de apoio financeiro, para dar seguimento às atividades. No caso das parceiras do PACTO, parte desse suporte vem sendo cortado desde 2014 e não se sabe se será substituído por outra fonte de recursos; b) os activistas, que geralmente estão articulados com as OCBs, continuarem actuando, mas sua manutenção é imprevisível, caso a OCB encerre suas atividades nas áreas onde actuam; c) as OCBs e grupos na comunidade contam com o apoio dos líderes locais, incluindo chefes de quarteirões e líderes religiosos. Mas, na ausência do trabalho mais efectivo das ONGs na área do entorno da US e grupos de apoio na comunidade, o suporte dos líderes tende a enfraquecer, uma vez que estes não estabelecem vínculos directamente com as US .

O trabalho dos grupos de apoio nos serviços e nas comunidades tem impacto significativo na vida das PVHIV, conforme referido em vários depoimentos. Os grupos como GAAC, GA, GAA têm um papel fundamental de apoio aos serviços de saúde da rede pública na identificação de pessoas com sintomas do HIV, por intermédio das quais essas pessoas conseguem acesso mais fácil à testagem, tratamento e internação, se necessário. Este apoio é indispensável, principalmente em se tratando daquelas que estão mais desamparadas socialmente, em condições mais avançadas da infecção, em virtude dos membros desses grupos residirem na área, pela convivência directa com seus familiares e conhecimento de mecanismos e fontes para accionar.

A capacidade de resposta dessas redes de apoio é, no entanto, limitada, e tende a se restringir mais ainda se os vínculos com as OCBs não forem mantidos. Os recursos de que dispõem para dar alguma assistência à comunidade são limitados, por exemplo, não têm como fornecer apoio em alimentação para aqueles que não aderem por alegar sofrer os efeitos secundários da medicação, não dispõem de dinheiro para ajudar com o transporte quando a pessoa não tem como se deslocar sozinha, para por

créditos no celular e poder fazer as chamadas aos serviços para referir pessoas, bem como para o próprio deslocamento no terreno, aspectos estes já mencionados. Por outro lado, a capacidade das US de incorporarem as ações assistenciais desses grupos na comunidade, especialmente, auxiliar na criação de condições para ampliar o acesso é duvidosa a curto ou médio prazo.

Em Moçambique, o Serviço Nacional de Saúde não alcança 42% do território nacional (Casimiro, 2012), deixando grande parcela da população mais pobre sem resposta para suas necessidades de saúde. Pobreza, desinformação, dificuldade de acesso aos serviços, dificuldade de mudança de comportamento e falta de alimentação, como apontado anteriormente, são factores associados a limitações para a testagem e a adesão ao TARV. Considerando as fragilidades do sistema de saúde para estender as suas acções na comunidade, apoiar a prevenção continuada do HIV, a prevenção positiva e o procura dos serviços de HIV, o suporte continuado das OCBs e grupos de apoio na comunidade é condição indispensável para gerar demanda aos serviços de HIV e controlar a expansão do HIV.

## Bibliography

Casimiro, I. (2012). *Relatório de pesquisa do Projecto de Pesquisa "Desafio do Sida nas suas Dimensões Socioeconomicas, Culturais e Políticas no Brasil, África do Sul e Moçambique 2011-2012*. Maputo.

Instituto Nacional de Saude (INS). (2009). *National Survey on Prevalence, Behavioral Risks and Information about HIV and AIDS (INSIDA)*. Maputo: INS.

UNAIDS. (September de 2013). *UNAIDS*. Acesso em 1 de September de 2013, disponível em Mozambique - Key elements of the national response: <http://www.unaidsrstes.org/region/countries/mozambique/mozambique-key-elements-national-response>

UNAIDS. (September de 2013). *UNAIDS: Mozambique*. Acesso em 1 de September de 2013, disponível em UNAIDS: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/mozambique/>

World Bank. (September de 2013). *The World Bank*. Acesso em 1 de September de 2013, disponível em Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49) : <http://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.AIDS.ZS>