ANÁLISE RÁPIDA DA SITUAÇÃO DAS PVHIV E DOS SERVIÇOS QUE AS APOIAM NAS COMUNIDADES

Subsídios para o Desenvolvimento da Estratégia de Prevenção Positiva ao Nível Comunitário

Províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade

RELATÓRIO FINAL

Maputo, Julho de 2012

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE
MOÇAMBICANOS E AMERICANOS JUNTOS NA LUTA CONTRA O HIV/SIDA
PACTO Prevenção Activa e Comunicação para Todos
JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH
Center for Communication Programs
FDC Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade

Análise rápida da situação das PVHIV e dos serviços que as apoiam nas comunidades

Subsídios para o Desenvolvimento da Estratégia de Prevenção Positiva ao Nível Comunitário

Províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade

RELATÓRIO FINAL

Maputo, Julho de 2012

FICHA TÉCNICA

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs -JHU·CCP

Escritório de Moçambique
Patrick Devos
Representante no país
Rua Mártires da Machava, nº 297
Tel: + 258 21 496752
Fax: +258 21 496754

Autora
Gilda Gondola Sitefane, MPH

Colaboradores
Baltazar Chilundo, Delmira Petersburgo, Fátima Mussá, Jacinta Munguambi, Joan Mayer, Maria Tanque, Patricia Poppe, Rosa Said - Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs (JHU•CCP - PACTO)
Carol Dawson Rose, Sarah Gutin - Universidade da Califórnia, São Francisco (UCSF)

Impressão
Layout, Ideias e Conceitos

Sugestão para referência
Sitefane, G.(2011). Análise Rápida da Situação das PVHIV e dos Serviços que as Apoiam nas Comunidades - Subsídios para o Desenvolvimento da Estratégia de Prevenção Positiva ao Nível Comunitário. Províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade. Relatório Final. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (JHU•CCP).Maputo, Moçambique.
In www//jhuccp.org.mz/publicacoes

O uso, cópia e distribuição deste material é permitido às instituições de educação sem fins lucrativos.

AGRADECIMENTOS

A realização da presente análise da situação das pessoas PVHIV e dos serviços que as apoiam nas comunidades, foi possível graças a abertura e participação activa dos membros, beneficiários, activistas e representantes das Associações de PVHIV e OCBs que apoiam PVHIV e dos profissionais de saúde. A todos vós, em especial às PVHIV que partilharam a sua experiência e percepção em relação aos desafios inerentes à Prevenção Positiva, a consultora e a equipe técnica do Projecto PACTO - JHU•CCP-FDC, endereçam o seu profundo agradecimento.

O nosso agradecimento estende-se a todas instituições que directa ou indirectamente contribuíram para o sucesso deste trabalho, em especial, as Direcções Provincias de Saúde (DPS) das três províncias onde se realizou a análise (Gaza, Maputo Cidade e Provincia), a MONASO, RENSIDA, KUYAKANA, às Administrações dos Distritos e SDSMAS, pela pronta colaboração e partilha/disponibilização de dados sobre Associações e OCBs que desenvolvem actividades na área de HIV e SIDA nas Províncias acima mencionadas.

ACRÓNIMOS

AGR	Actividade de Geração de Renda
AMETRAMO	Associação de Médicos Tradicionais de Moçambique
CD	Cuidados Domiciliários
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis
CS	Centro de Saúde
FDC	Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade
FONGA	Fórum de Organizações Não Governamentais de Gaza
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
INSIDA	Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre HIV e SIDA em Moçambique
JHU•CCP	Centro para Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins
KUYAKANA	Rede de Associações de Mulheres Vivendo com HIV e SIDA
MONASO	Rede Moçambicana de Organizações contra SIDA
OCBs	Organizações Comunitárias de Base
PACTO	Prevenção Activa e Comunicação Para Todos
PEN III	Plano Estratégico Nacional III de Combate ao HIV e SIDA
PEPFAR	Plano de Emergência do Presidente Norte Americano para o alívio do SIDA
PF	Ponto Focal
PGR	Projectos de Geração de Renda
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PMT	Praticantes de Medicina Tradicional
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
RENSIDA	Rede de Associações de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA
RVE	Ronda de Vigilância Epidemiológica
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SIDA	Síndroma de Imunodeficiência Adquirida
TARV	Tratamento Anti Retroviral
UATS	Unidade de Aconselhamento e Testagem Saúde
US	Unidade Sanitária
USAID	Agência dos Estados Unidos para Desenvolvimento Internacional
WLSA	Women and Law in Southern Africa

INDICE

Sumário Executivo	07
Conteúdo Do Relatório	13
PARTE I	14
I. Problemática e Resposta Nacional ao HIV e SIDA em Moçambique	15
II. Enquadramento do Programa Prevenção Activa Para Todos (PACTO) na Resposta Nacional	16
III. Objectivos e Métodos do Estudo	17
3.1. Objectivos do Estudo	17
3.2. Metodologia	17
3.2.1. Processo de Mapeamento e de Captação das Percepções	19
3.2.2. Abrangência geográfica	21
3.2.3. Aspectos éticos e administrativos	21
3.2.4. Limitações	22
PARTE II	23
V. RESULTADOS	23
4.1. Perfil dos serviços de apoio directo às PVHIV nas comunidades	25
4.1.1. Associações com identidade baseada no seroestado positivo dos membros em relação ao HIV (Associações de PVHIV)	25
4.1.2. Associações não baseadas no seroestado em relação ao HIV (OCBs)	26
4.2. Motivações para formação e continuidade das Associações de PVHIV e OCBs	26
4.2.1. Associações de PVHIV	26
4.2.2. Associações Mistas (OCBs)	26
4.3. Análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) das Associações e OCBs e suas necessidades	27
4.3.1. Análise FOFA	27
4.3.2. Principais Necessidades das Organizações	28
4.4. Principais áreas de intervenção das Organizações: actividades desenvolvidas e metodologias usadas	28
4.5. Abordagens e mensagens usadas pelas Organizações em relação à prevenção do HIV para a população em geral e no seio de PVHIV (Prevenção Positiva)	30
4.5.1. Abordagem de Prevenção usada pelas Organizações para a população em geral	30
4.5.2. Abordagem usada pelas Organizações no seio da PVHIV (Prevenção Positiva)	31

4.6. Factores Comportamentais, Estruturais e Institucionais que podem impedir ou facilitar a Prevenção Positiva 32
4.6.1. Factores Comportamentais 32
4.6.2. Factores Institucionais 38
4.6.3. Factores Estruturais 44
4.7. Facilitadores comunitários da PP mais credíveis e sustentáveis 48
4.7.1. Praticantes da Medicina Tradicional (PMT) 48
4.7.2. Líderes comunitários 49
4.7.3. Sogras 49
4.8. Funcionamento do sistema de referência e contra-referência das PVHIV de Organizações Comunitárias para serviços de saúde e outros serviços de apoio 50
4.8.1. Referência de pacientes da comunidade para os serviços de saúde 50
4.8.2. Referência de pacientes dos serviços de saúde para a comunidade 52
4.8.3. Sector de Apoio Social (MMAS/ SDSMAS e INAS) 52
4.8.4. Sector da Educação 53
4.8.5. Sector Jurídico-Legal (serviços de apoio jurídico - legais) 54
V. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES 56
5.1. Conclusões 56
5.2. Recomendações: 59
5.2.1. Abordagens de Intervenção Comunitária para Promoção da PP 59
5.2.2. No âmbito de comunicação para a mudança de comportamento 60
5.2.3. Fortalecimento do sistema de Referência entre Comunidade e serviços de saúde, educação e apoio social 60
5.2.4. Fortalecimento da Capacidade de Intervenção das Organizações Comunitárias 61
VI. LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS 62
VII. ANEXOS 63
A. Perfil detalhado das Organizações que prestam apoio directo às PVHIV 65
B. Lista de instituições contactadas/entrevistadas 77
C. Guia de Referência de Pessoas em Cuidados Domiciliários 78

SUMÁRIO EXECUTIVO

Este relatório apresenta os resultados duma análise rápida sobre a situação das Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (PVHIV) e os serviços que as apoiam na comunidade. Ela foi realizada de Abril à Maio de 2011 nas províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade, com o propósito de colher subsídios para definir intervenções de comunicação sobre a prevenção positiva na comunidade. A análise considerou as componentes chave da Prevenção Positiva em Moçambique[1], recentemente recomendadas pelo Plano de Emergência do Presidente Norte Americano para o alívio do SIDA (PEPFAR) para aplicação nos serviços clínicos e comunitários.

A análise resulta de um processo combinado de mapeamento, e exploração de questões relacionadas a factores que facilitam ou dificultam a prevenção do HIV no seio da população em geral, e a Prevenção Positiva (PP) entre as PVHIV em particular. Ela enquadra-se no âmbito do Projecto - Prevenção Activa e Comunicação Para Todos (PACTO) - implementado desde Outubro de 2010, pelo Centro para Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins (JHU•CCP) em parceria com a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC).

Objectivos e Métodos

O propósito da análise foi por um lado, listar e descrever o perfil das Organizações ou grupos de pessoas que prestam serviços de apoio às PVHIV em Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza, e por outro, colher informações sobre a experiência e percepção das PVHIV em relação à Prevenção Positiva, sua relação com os serviços de saúde e os diferentes serviços de apoio existentes.

O levantamento foi baseado em revisão documental, entrevistas com informantes chave (activistas, provedores de saúde, representantes de Organizações Comunitárias e de instituições governamentais que providenciam serviços de apoio às PVHIV), e discussões em grupo envolvendo PVHIV. Em Maputo Cidade, o mapeamento abrangeu os distritos urbanos de KaMaxaquene e KaMubukwane, em Maputo Província os distritos de Matola e Manhiça, e na província de Gaza os distritos de Chibuto e Cidade de Xai-Xai.

Resultados

No total foram identificadas e contactadas 44 Organizações que desenvolvem de forma notável, actividades em prol das PVHIV, sendo 14 Associações de PVHIV e 30 Organizações Comunitária de Base (OCBs). Foram também abrangidos 5 Centros de Saúde usados como referência pelas Organizações identificadas no mapeamento.

As principais constatações do levantamento realizado foram:

- Assumir publicamente o estado serológico positivo no seio dos membros (quebra de silêncio) constitui a principal diferença entre as Associações típicas de PVHIV e as OCBs, e o aspecto em comum, é que ambas trabalham em prol das pessoas vivendo com HIV e SIDA.
- A maioria das Associações de PVHIV e OCBs é constituída por mulheres. Não foi encontrada, nenhuma associação de jovens ou apenas de homens, que se identifique como de PVHIV. Na categoria das OCBs, foi identificada apenas uma formada por homens em Maputo Cidade.
- Relativamente às motivações para sua formação, as Organizações Comunitárias (Associações de PVHIV como as OCBs) originam-se essencialmente por objectivos comuns, sendo mais notável o apoio e mitigação do impacto do HIV no seio das PVHIV e Crianças Órfãs e Vulneráveis (COVs).

1) Comportamento sexual de risco; 2) Infecções de transmissão sexual; 3) Revelação do estado de HIV e testagem do parceiro; 4) Adesão ao TARV; 5) Prevenção da transmissão vertical (PTV) e Planeamento Familiar; 6) O consumo do álcool; e 7) Apoio Adicional.

- A concretização plena dos objectivos das Organizações Comunitárias é condicionada por vários factores relacionados com à sua capacidade institucional para responder aos desafios que lhes são impostos. Dentre eles destacam-se: (i) fraca capacidade de acesso a recursos financeiros, (ii) fraca capacidade de atrair e reter recursos humanos qualificados; (iii) falta de condições básicas de funcionamento (materiais de escritório, equipamentos e recursos indispensáveis para o desenvolvimento de actividades no dia-a-dia). Todavia, o cometimento dos membros das Organizações, supera todos os desafios e dificuldades, e constitui o factor principal de continuidade das acções das Organizações.
- No que diz respeito aos aspectos programáticos, as Organizações possuem três principais áreas de acção, nomeadamente, a prevenção, cuidados e visitas domiciliárias, e mitigação. As actividades desenvolvidas na área de prevenção e cuidados e visitas domiciliárias, não diferem entre as Associações de PVHIV e OCBs. Porém, na componente mitigação, poucas Organizações possuem actividades de geração de renda, destacando-se: corte e costura, criação e venda de animais de pequena espécie, machamba, produção e venda de material de construção e venda de lenha, como principais actividades desenvolvidas.
- As Associações de PVHIV e OCBs que possuem actividades de geração de renda mostraram ter capacidade relativamente maior no apoio aos seus membros e beneficiários. Entretanto, geralmente, o modelo de financiamento dos parceiros (doadores) não inclui a componente de geração de renda nem os custos administrativos.
- Nas três províncias, constatou-se haver uma abordagem uniforme de prevenção no seio das Associações e OCBs, e as principais mensagens integram: importância do teste; uso correcto e consistente de preservativo; abstinência ou adiamento do início da actividade sexual no seio dos adolescentes e jovens; fidelidade mútua (para casais jovens, adultos ou idosos); PTV durante a gravidez e pós parto; Controlo da Criança em Risco (CCR - criança nascida de mãe HIV positiva) até pelo menos 2 anos de idade e redução de número de parceiros.
- Relativamente à Prevenção Positiva (PP), a terminologia é nova no seio das Organizações Comunitárias, assim como dos profissionais de saúde. Contudo, a abordagem é conhecida e implementada no contexto de "Vida Positiva". Tanto os membros das Associações como os activistas possuem informações sobre a prevenção do HIV e sua importância, formas de transmissão, e noções básicas sobre a vida positiva/prevenção positiva, incluindo, a prevenção da transmissão vertical (PTV).
- Embora a abordagem de prevenção usada para a população em geral tenha componentes semelhantes da abordagem usada no seio de PVHIV (PP), existem alguns aspectos realçados na PP, ausentes na abordagem de prevenção usada para a população em geral. A adesão ao tratamento, a necessidade de melhorar a auto estima e de aceitação e revelação do estado serológico, são alguns exemplos.

Vários foram os factores identificados, que podem perigar ou facilitar a Prevenção Positiva, e os principais desafios relacionam-se com factores estruturais, comportamentais e institucionais.

Principais Desafios para a Prevenção com Pessoas HIV Positivas

Factores Estruturais

a) Factores Sócio-económicos

- Vulnerabilidade sócio-económica das PVHIV membros e/ou beneficiários das Organizações Comunitárias, (em sua maioria mulheres solteiras e viúvas responsáveis por famílias e sem alguma actividade de geração de renda própria), e que por consequência assumem comportamentos de risco como sexo transaccional e intergeracional como alternativa para sobrevivência;
- Fraca capacidade de auto-sustento por parte das PVHIV acamadas, e das Organizações Comunitárias para fazer face às necessidades básicas alimentares dos seus beneficiários em TARV;
- Longas distâncias a percorrer até as unidades sanitárias que providenciem TARV, aliado à falta de condições das PVHIV e das Organizações Comunitárias para custearem despesas de transporte para o seguimento regular do tratamento; e

- Pobreza como factor de predisposição ao sexo intergeracional e transaccional.

b) Factores Culturais e de Género

- Feminização do HIV e SIDA (percepção de que a mulher é quem traz a doença para casa, por ser ela muitas vezes, a primeira a conhecer seu estado serológico positivo), dificulta a revelação do estado serológico entre parceiros e no seio da família; Fraca capacidade de negociação no uso de preservativo, associada à dependência económica e financeira da mulher em relação ao homem;
- Preconceitos/má informação em relação à prática de amamentação exclusiva até aos 6 meses (percebida pela comunidade como própria e quiçá exclusiva de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho, e logo, que divulga o estado serológico positivo da mãe) e o medo de estigma e discriminação, constituiem barreira para adesão a prevenção da transmissão vertical (PTV);
- Medo de estigma e discriminação no seio da família e comunidade devido a associação do HIV e SIDA a má conduta (prostituição e infidelidade), não facilita a revelação do estado serológico ao(s) parceiro(s), família e comunidade;
- Fraca ligação entre a preservação de práticas culturais como poligamia e kutchinga com recurso a relações sexuais sem protecção ao aumento do risco de transmissão do HIV e SIDA.

Factores Comportamentais

- Consciência da irreversibilidade do estado serológico positivo associada à confiança no poder do tratamento (TARV) contribui para a manutenção de comportamentos de risco no seio das PVHIV;
- Fraca consciência e sentido de responsabilidade individual na prevenção da propagação do HIV;
- Influência sobre o comportamento individual de PVHIV por normas predominantes que encoragem a propagação de redes sexuais, tal como a poligamia e parcerias múltiplas e concomitantes, associadas ao baixo uso do preservativo;
- Preconceitos associados à qualidade do preservativo masculino gratuíto no seio dos jovens;
- Preconceitos em relação ao preservativo feminino no seio das mulheres;
- Atitudes que promovem estigma e discriminação, perpetradas por profissionais de saúde nas Unidades Sanitárias, influenciam negativamente para a adesão ao tratamento;
- Necessidade e desejo de procriação e formação de família associada à disponibilidade do TARV, supera o medo de transmissão do HIV ao futuro bebé;
- Percepção ou crença/norma social que o preservativo constitui barreira para prazer e satisfação sexual impõe-se sobre o reconhecimento das necessidades que o sero estado positivo impõe para mudança de comportamento e estilo de vida;
- Fraco conhecimento dos direitos humanos das PVHIV face a um sistema não responsivo; e
- Fraco conhecimento (por parte das Organizações de apoio e das PVHIV) dos procedimentos nos serviços de saúde e de acção social para beneficío contínuo de cuidados e apoio às PVHIV.

Factores Institucionais

a) Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde e de Apoio Social /sistema de referência e contra-referência)

- Fragilidade do sistema de assistência social para atender as demandas de PVHIV (por exemplo, no fornecimento do leite artificial à mães PVHIV em condição económica ou de saúde não favorável à amamentação do seu bebé), associado ao descrédito no sistema;
- Falta de um sistema de referência funcional entre instituições de saúde, de apoio social e serviços não clínicos na comunidade;
- Determinados procedimentos nos serviços de saúde que favorecem a promoção do estigma e discriminação das PVHIV;

- Ruptura de stock de medicamentos e de preservativos;
- Fraco conhecimento das OCBs/Associações e grupos de PVHIV sobre os serviços de apoio social institucional existentes e mecanismos de acesso;
- Burocracia e morosidade no processo de aquisição de atestados de pobreza para benefício de apoio social e suposta cobrança de valores ilícitos pelas estruturas locais para obtenção do mesmo;
- Falta de material de Informação, Educação e Comunicação (IEC) sobre Prevenção Positiva ou Vida Positiva nos serviços de saúde e de outro tipo de apoio social, assim como na comunidade;
- Dificuldade dos activistas e de alguns profissionais de saúde de explicarem as PVHIV certos temas relacionados a PP (exemplo: razões para existência de casais serodiscordantes, como criar ambiente seguro para revelação do estado à família e parceiro);
- Falta de uniformidade entre as mensagens sobre a prevenção disseminadas na comunidade e no CS;
- Fraca capacidade técnica e financeira das Organizações Comunitárias para implementarem suas actividades de forma sustentável.

Apesar dos desafios apontados, foram registados alguns factores positivos que podem ser capitalizados a favor da promoção da PP. Dentre estes, destacam-se esforços em acções concretas na eliminação de procedimentos institucionais que promovem o estigma e a discriminação nas US; a existência de instituições e mecanismos de apoio social à mães HIV positivas em situação carenciada para as apoiar na adesão à PTV; a assunção gradual do HIV e SIDA como uma doença igual a qualquer outra doença crônica pelas comunidades; a existência de iniciativas de Organizações Comunitárias no apoio para revelação de estado serológico entre parceiros; interesse tanto por parte dos representantes das US e das Organizações Comunitárias em contribuir para o fortalecimento do sistema de referência e contra referência.

Principais Conclusões:

Os resultados mostram que o sucesso da PP requer uma abordagem multissectorial, integrada e abrangente, que inclua:

- Fortalecimento da capacidade de intervenção das Organizações;
- Implementação de estratégias de informação, educação e comunicação coerentes, direccionadas e socio-culturalmente relevantes;
- Implementação de acções de empoderamento individual para a adopção de atitudes e comportamentos favoráveis a PP; e
- Desenvolvimento e implementação de estratégias favoráveis à mitigação do impacto socio-económico do HIV no seio das camadas mais vulneráveis, sobretudo as mulheres.

Recomendações:

Para fazer face aos factores que dificultam a PP e capitalizar os factores que a facilitam, será necessário que a estratégia de promoção da PP a ser delineada responda à necessidades específicas, conforme sugere-se nas recomendações a seguir:

a) No âmbito das abordagens de intervenção comunitária para promoção da PP:

- Utilização de metodologias de comunicação interactiva que incentivem espaços de discussão e que possam permitir uma abertura e exposição a histórias locais de "deviantes positivos"por exemplo, através da educação de pares e discussão de grupos, no seio de PVHIV;
- Promoção de grupos específicos de apoio mútuo e troca de experiência sobre a prevenção do HIV

(grupos de apoio de pares - sogras, Médicos Tradicionais, líderes religiosos, mulheres grávidas, homens adultos, jovens, etc.);

- Promoção de campeões no seio de líderes comunitários, Praticantes de Medicina Tradicional, líderes religiosos, sogras e outras figuras respeitadas e com influência a nível da família e da comunidade, através do seu envolvimento em todos os processos cruciais para a promoção da PP (campanhas de comunicação - mass media - para a mudança de comportamento, formações, capacitações, grupos de discussão, campanhas de advocacia, etc.);
- Promoção de casais de jovens e adultos vivendo com HIV e SIDA, campeões nos vários aspectos relativos à PP, dentre os quais a quebra do silêncio, adesão a PTV, adesão ao TARV, uso de preservativo, a moderação no álcool etc.;
- Promover a partilha e divulgação de boas práticas entre as Organizações Comunitárias, sobre estratégias de implementação de programas de PP.

b) No âmbito de comunicação para a mudança de comportamento:

- Privilegiar acções de diálogo e consulta comunitária, que integrem abordagem sócio-cultural do HIV e SIDA para a discussão, promoção e adopção de práticas saudáveis;
- Produção de ferramentas de comunicação que respondam às necessidades da PVHIV: irreversibilidade do estado serológico positivo, reconhecimento da responsabilidade individual na redução de comportamentos de risco (MCP) e na transmissão do HIV;
- Produção de material de IEC que privilegie aspectos socio-culturais e de género, contextualizados à realidade local;
- Produção de mensagens com abordagem positiva, que relacionem a prevenção à promoção da saúde e não a prevenção da doença, no sentido de desestigmatizar o uso de preservativo no seio de casais;
- Privilegiar abordagem de responsabilização individual em relação à percepção e prevenção de comportamentos de risco;
- Desenvolver abordagem focalizada em ganhos/benefícios da prevenção;
- Desenvolver material de comunicação com personagens moçambicanos e linguagem moçambicana, com vista a provocar auto-identificação.

c) No âmbito do fortalecimento do sistema de referência e contra referência entre a comunidade e os serviços de saúde, educação e apoio social:

Apoio Social

- Promover a articulação entre as próprias estruturas de apoio social institucional (governamental) e comunitário (OCBs/Associações/estrutura local);
- Incluir as instituições religiosas para apoio moral e espiritual, como parte do pacote de apoio social e sistema de referência;
- Promover advocacia pela melhoria do funcionamento do sistema de referência e acesso aos Serviços de Assistência Social do nível comunitário e governamental;
- Produzir e divulgar material de informação sobre serviços sociais para os quais podem ser referidas pessoas vivendo com HIV e SIDA em situação carenciada e COVs (material sobre sistema de referência para serviços sociais com informação sobre necessidades e entidades a referir, mecanismos de acesso ao apoio).

Apoio à Saúde

- Promover o estabelecimento de um Sistema de Referência e Contra-referência formal e uniforme entre Organizações Comunitárias e Unidades Sanitárias para facilitar a colaboração entre profissionais de saúde, APES e activistas comunitários;
- Promover a padronização dos instrumentos de referência e contra-referência, ex: uso da guia de referência do manual de cuidados domiciliários concebido pelo Ministério da Saúde por todas as OCBs, Associações de PVHIV;

- Promover a indicação de pontos focais nos diferentes serviços de HIV nas Unidades Sanitárias para facilitar o contacto directo com as OCBs/Associações;
- Promover junto ao MISAU/DPSs e parceiros mecanismos formais para monitorar o sistema de referência e contra-referência entre as US e os serviços de apoio na comunidade;
- Promover a implementação do sistema de referência e contra-referência piloto para experiência, melhoria e posterior expansão;
- Promover campeões no seio de praticantes da medicina tradicional, (vinculados a AMETRAMO) na referência de pacientes para US;
- Promover e advogar pela formação contínua dos profissionais de saúde afectos em serviços integrados de HIV e SIDA em habilidades de comunicação interpessoal e, atendimento humanizado;
- Advogar pela implementação de procedimentos que reduzam e eliminem o estigma e discriminação no seio das US;

Apoio à Educação

- Promover maior coordenação e colaboração entre Organizações Comunitárias e sector de educação no âmbito da operacionalização da estratégia do sector de educação para HIV e SIDA, com enfoque para mitigação do impacto do HIV e SIDA no seio de COVs na escola;
- Promover capacitação contínua de professores e responsáveis de instituições de ensino, particularmente o primário, em educação e gestão escolar no contexto do HIV e SIDA;
- Promover melhor conhecimento, divulgação e implementação da política e procedimentos do sector de educação em relação às COVs no seio das instituições de ensino primário;
- Promover a referência de COVs pelas instituições de ensino à Organizações Comunitárias para apoio e seguimento.

d) No âmbito do fortalecimento da capacidade de intervenção das Organizações Comunitárias:

- Fortalecer as redes de PVHIV em relação a sua estrutura organizacional, funcional, legal e de relacionamento com outras OCBs e lideranças comunitárias;
- Melhorar os conhecimentos dos activistas sobre a PP, habilidades de comunicação interpessoal e uso de materiais de comunição;
- Produzir e disponibilizar às OCBs/Associações ferramentas de comunicação sobre PP para uso dos activistas na comunidade;
- Advogar junto ao MISAU/DPSs e parceiros para um fornecimento regular do preservativo masculino e feminino;
- Promover e estimular financiamento e implementação de actividades de geração de renda no seio das Associações de PVHIV e OCBs para sustentabilidade das suas acções.

CONTEÚDO DO RELATÓRIO

O relatório apresenta os resultados duma análise rápida sobre a situação das Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (PVHIV) e os serviços que as apoiam na comunidade, realizado de Abril a Maio do ano corrente nas províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade.

Para melhor apresentação da informação, o relatório está estruturado em 2 partes. A primeira, designada PARTE 1, descreve os antecedentes em relação à problemática do HIV e SIDA em Moçambique, os objectivos da Análise Rápida da situação das PVHIV e dos Serviços que as apoiam e a metodologia usada para a realização do trabalho.

A segunda parte, designada PARTE 2, apresenta os resultados do mapeamento e as percepções. Esta inclui (i) o mapeamento propriamente dito que integra o perfil das Organizações que apoiam as PVHIV na comunidade; factores motivacionais para seu surgimento e continuidade; capacidade institucional; principais áreas de intervenção, actividades desenvolvidas e metodologia de implementação; e (ii) Percepções dos entrevistados em relação aos factores que facilitam ou dificultam a prevenção positiva, a situação actual do sistema de referência entre as Organizações Comunitárias de apoio à PVHIV e os serviços de saúde e apoio social; conclusões e recomendações.

O Anexo A contempla um quadro mais detalhado com informação relativa ao perfil das Organizações que apoiam PVHIV na comunidade, actividades por elas desenvolvidas, metodologia usada e serviços de referência.

PARTE I

I
PESO ACTUAL DO HIV E SIDA EM MOÇAMBIQUE

II
OBJECTIVOS DA ANÁLISE RÁPIDA

III
METODOLOGIA

I. Problemática e Resposta Nacional ao HIV e SIDA em Moçambique

Decorridos 25 anos após a notificação do 1º caso de HIV em Moçambique, hoje, cerca de 1,4 milhões de Moçambicanos estão infectados com o vírus causador da SIDA. Com uma prevalência de HIV de 11.5% na população adulta com idade dos 15 - 49 anos, Moçambique é um dos países mais afectados pelo HIV e SIDA no Mundo (INS et al., 2010; UNAIDS, 2010).

Dados de vigilância epidemiológica de 2002 a 2009 baseados em consultas pré-natal, indicam uma distribuição geográfica da prevalência do HIV desigual e fornecem um panorama de tendência dissimilar ao longo do tempo, entre as regiões do país (CNCS & MISAU, 2008, MISAU PNC ITS/HIV-SIDA, 2009, CNCS, 2010). Na região sul, as taxas tendem a aumentar de forma alarmante, de 15% em 2002 para 21% em 2009. Nesta região, a província de Maputo mostra o maior aumento, de 18% em 2002 para 26% em 2007. Maputo Cidade mostra um padrão similar, aumentando de 18% para 23% no mesmo período, seguido da província de Gaza com um aumento de 21% para 27%.

Dados recentes do INSIDA (único inquérito nacional feito ao domicílio e em todos grupos etários para ambos homens e mulheres), fornecem taxas de prevalência ligeiramente diferentes, mas confirmam este fardo para a região sul (província de Gaza: 25.1%, Maputo Província: 19.8% e Maputo Cidade: 16.8%) (Instituto Nacional de Saúde - (INS- et al., 2010).

A infecção pelo HIV também não está igualmente distribuída entre homens e mulheres. A epidemia afecta mais mulheres (13.1%) comparativamente aos homens (9.2%), estando concentrada nas áreas urbanas (15.9%) em relação às áreas rurais (9.2%) e sobretudo em indivíduos de alta renda e com níveis educacionais mais elevados.

A principal via de transmissão continua a ser heterossexual em cerca de 90% dos casos em adultos. Entre os principais factores impulsionadores da epidemia destacam-se as parcerias sexuais múltiplas e concomitantes, baixos níveis de utilização do preservativo, alta mobilidade e migração associada à elevada vulnerabilidade, prática de relações sexuais entre pessoas de gerações diferentes, relações transaccionais, desigualdade de género e violência sexual, e níveis baixos de circuncisão masculina.

Com o intuito de controlar este cenário de expansão crescente do HIV que já ameaça minar as conquistas no desenvolvimento do país, Moçambique tem orientado a sua resposta com base num Plano Estratégico de âmbito Nacional. As duas gerações anteriores de Planos Estratégicos (PEN I 2000-2002 e PEN II - 2005 - 2009), o Plano Estratégico do Sector da Saúde (PEN Saúde 2004), a Estratégia de Aceleração de Prevenção (2008), a Estratégia Nacional de Resposta ao HIV e SIDA na Função Pública (2009), a iniciativa do Presidente da República sobre a reflexão por uma resposta multissectorial ao HIV e SIDA que prima pelo uso de uma abordagem de comunicação contextualmente relevante criaram as bases de orientação para a resposta nacional (PEN III 2010-2014).

Apesar dos esforços até então empreendidos pelo Governo Moçambicano e parceiros, as várias pesquisas realizadas no país no âmbito do HIV e SIDA, mostram que a necessidade de continuidade no desenvolvimento de acções para conter a expansão da epidemia e o seu impacto torna-se cada vez maior. Neste sentido, liderado pelo Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS), o Governo de Moçambique está neste momento a implementar o seu 3º plano estratégico nacional de luta contra o HIV e SIDA (PEN III: 2010-2014) que destaca a importância de decisões baseadas em evidência, descentralização da resposta e procura intervenções abrangentes baseadas na cultura e contextos locais (Conselho de Ministros, 2010).

II. Enquadramento do Programa Prevenção Activa Para Todos (PACTO) na Resposta Nacional

No âmbito da implementação do PEN III (2010-2014), com apoio financeiro do PEPFAR através da USAID, o Centro de Programas de Comunicação da Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHUoCCP), em parceria com a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), pretende apoiar o Governo nos seus esforços de controlo da epidemia e do seu impacto negativo na componente prevenção combinada do HIV e SIDA, na área de comunicação para a mudança social e de comportamento, através da implementação do programa "PACTO" - Prevenção Activa e Comunicação para Todos. O programa terá duração de quatro anos (2010-2014), e esta a ser implementado na zona sul do país (Gaza, Maputo Província e Cidade), onde a prevalência do HIV apresenta-se mais alta.

Com o programa PACTO, a JHU•CCP-FDC pretende, com maior envolvimento das PVHIV, contribuir na redução da infecção e transmissão de HIV entre a população geral de adultos e jovens. O Programa irá atingir este objectivo trabalhando com o Governo, Organizações e indivíduos moçambicanos no reforço da capacidade individual e colectiva de prevenção combinada de HIV, desenvolvendo conjuntamente estratégias de comunicação eficazes, convista a uma maior adopção de práticas de prevenção e maior utilização de serviços de HIV, contribuindo assim para redução da incidência do HIV.

O programa está divido em três áreas que comportam objectivos específicos. Na área de apoio aos Serviços de Saúde, o PACTO apresenta dois objectivos principais. O primeiro está voltado para o desenvolvimento da componente "Prevenção Positiva (PP) ao nível das comunidades", cuja abordagem centra-se no envolvimento e participação activa de PVHIV em acções de prevenção, com a finalidade de promover o seu bem-estar e dos demais, prevenindo novas infecções de HIV tanto por via da transmissão sexual como de mãe para filho. O segundo objectivo prende-se no Reforço do Sistema de Referência e Contra-Referência entre os Serviços de Saúde e a Comunidade, tendo em conta que é na comunidade onde a PVHIV passa a maior parte do seu tempo como tomador de decisões sobre a sua própria vida.

O desenvolvimento, o reforço e a manutenção de acções de PP irão implicar o fortalecimento dos serviços comunitários de apoio às PVHIV, o reforço das redes de PVHIV, e a definição clara das ligações entre as PVHIV e os serviços de apoio (clínico e não clínico, convencional e tradicional) que elas necessitam.

Com vista à operacionalização dos objectivos supracitados, a JHU•CCP-FDC realizou o presente mapeamento que abrange Unidades Sanitárias (US), Associações/Grupos de PVHIV, OCB´s e outras Organizações que prestam cuidados/serviços de HIV e SIDA existentes nas três províncias de implementação do programa, nomeadamente Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza.

III. Objectivos e Métodos do Estudo

3.1. OBJECTIVOS DO ESTUDO

O exercício deste trabalho teve como objectivos:

- Descrever o perfil dos serviços de apoio directo às PVHIV nas comunidades com destaque para a identificação dos grupos de PVHIV, OCBs, Organizações de jovens e outras Associações de apoio às PVHIV que promovem os serviços de HIV e SIDA na comunidade;
- Identificar as motivações para a formação e continuidade das Associações de PVHIV, OCBs;
- Conduzir uma análise FOFA (Forças, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças) para determinar a capacidade institucional das Associações e suas necessidades;
- Apresentar as principais áreas de intervenção das Organizações: actividades desenvolvidas e metodologias usadas;
- Identificar as abordagens e mensagens usadas pelas Organizações em relação à Prevenção do HIV na população em geral e no seio de PVHIV (PP);
- Identificar factores Comportamentais, Estruturais e Institucionais que podem impedir ou facilitar a PP;
- Identificar facilitadores comunitários da PP mais credíveis e vinculados as OCBs/Associações sustentáveis;
- Descrever o funcionamento do Sistema de referência e contra-referência de PVHIV de Organizações Comunitárias para Serviços de Saúde e outros serviços de apoio;

Os resultados do mapeamento servirão de base para (i) definir estratégias de implementação da PP ao nível comunitário; (ii) elaborar um Currículo e ferramentas sobre a PP para o nível comunitário; (iii) capacitar as OCB´s e os grupos de PVHIV em conhecimentos sobre a PP, habilidades de comunicação interpessoal e no uso de ferramentas e materiais de PP; e, (iv) criar/melhorar e promover o sistema de referência e contra-referência entre os grupos de apoio de PVHIV nas comunidades e os serviços de saúde.

3.2. METODOLOGIA

O presente capítulo descreve a metodologia usada para a realização do mapeamento.

3.2.1. Processo de Mapeamento e de Captação das Percepções

O processo deste trabalho compreendeu 3 etapas a saber:

I. Identificação de mapeamentos prévios e revisão documental

A primeira etapa, essencialmente baseada na consulta de fontes secundárias compreendeu: (i) revisão documental, (ii) identificação de mapeamentos realizados por outros parceiros nas 3 províncias de intervenção do PACTO, (iii) e compilação da informação existente.

A revisão documental teve enfoque à consulta de documentos internos e externos à JHU•CCP-FDC no âmbito do programa PACTO. Entre outros documentos devidamente referenciados, a consulta de documentos externos privilegiou instrumentos orientadores do País sobre HIV e SIDA, com ênfase para o PEN III, INSIDA 2009 e documentos conceptuais sobre Prevenção Positiva. A consulta a documentos internos privilegiou o documento conceptual do programa PACTO.

Para além relatórios de mapeamentos realizados anteriormente por outras Organizações, foi também usado como fonte de informação a Base de Dados de Redes Nacionais de Organizações que trabalham na área de HIV e SIDA, nomeadamente, a Rede Moçambicana de Organizações de Luta contra o SIDA (MONASO), Rede

Nacional de Associações de Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (RENSIDA) e a Rede de Associações de Mulheres Vivendo com HIV e SIDA (KUYAKANA). Listas de Associações que trabalham na área de HIV e SIDA providenciadas pela Administração dos Postos Administrativos foram igualmente usadas.

O exercício realizado nesta etapa permitiu por um lado, a identificação e sistematização dos dados encontrados em outros mapeamentos e bases de dados, por outro, a identificação de itens precisando de ser actualizados assim como lacunas na informação. Este exercício serviu de base para a elaboração do mapa resumo que contém informação sobre o perfil das Organizações.

II. Instrumentos de colheita de dados: elaboração e pré-testagem

Com base na revisão documental, foram elaborados os instrumentos de colheita de dados, nomeadamente (i) guiões de entrevistas individuais com informantes chave (activistas, responsáveis das Associações e OCBs, profissionais de Saúde, gestores de Centros de Saúde; e (ii) guião para discussões em grupos envolvendo as PVHIV.

Todos os instrumentos foram pré-testados em Maputo Província no Posto Administrativo de Infulene, área geográfica não coberta pelo mapeamento. Para o efeito, foram contactadas duas Organizações, sendo uma de PVHIV e outra OCB que apoia PVHIV. Nas Associações privilegiou-se entrevistas individuais aos responsáveis e beneficiários, e grupo focal aos membros activistas.

Foi igualmente contactado um Centro de Saúde (CS) onde foram entrevistados dois profissionais de saúde dentre os quais um Técnico de Saúde afecto à consulta a doentes crónicos (incluindo a provisão de tratamento para as PVHIV), e uma Médica responsável pelo Centro (gabinete de consultas médicas).

III. Colheita de Dados

A terceira etapa deu lugar ao processo de colheita de dados com recurso a consulta a fontes primárias. O processo baseou-se em três métodos conjugados: (i) entrevistas semi-estruturadas individuais (ii) discussões em grupo e (iii) observação directa. Para registo da informação foram usados dois métodos. Para grupos de discussão a gravação e posterior transcrição e/ou notas escritas. Em entrevistas individuais com gestores das Associações/OCBs e US e profissionais de saúde foi usado apenas notas escritas. As entrevistas foram realizadas com os seguintes grupos-alvo:

- Representantes de OCBs e Associações de PVHIV que apoiam PVHIV nas comunidades;
- PVHIV membros e/ou beneficiários de Associações de PVHIV e OCBs que apoiam PVHIV;
- Pessoal de saúde (Responsáveis e/ou funcionários) afecto em serviços de HIV e SIDA nas Unidades Sanitárias;
- Praticantes de Medicina Tradicional;
- Responsáveis de ONGs ou instituições governamentais que apoiam PVHIV.

Entrevistas Individuais

As entrevistas individuais foram direcionadas a responsáveis de Associações de PVHIV e OCBs que prestam serviços de apoio a PVHIV, responsáveis de US que providenciam serviços de HIV e SIDA, neste caso, Centros de Saúde (CS), profissionais de saúde afectos em serviços ligados ao HIV e SIDA, nomeadamente Unidades de Aconselhamento e Testagem Saúde (UATS), Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ), Consulta de Prevenção de Transmissão Vertical (PTV), consulta de TARV.

As entrevistas com responsáveis das Associações ou OCBs e staff (oficiais de programas, monitoria e avaliação) tiveram enfoque no perfil das Associações, motivações para sua criação e manutenção, principais áreas de intervenção, grupo alvo, actividades desenvolvidas, abordagem e métodos de intervenção, capacidades existentes, sistema de referência e contra-referência aos serviços sociais e de saúde, necessidades e desafios para funcionamento das Associações. Aos profissionais de saúde foram colocadas questões relacionadas aos serviços providenciados, à percepção dos mesmos em relação a PP, abordagem de PP nos serviços de HIV e os desafios inerentes a PP.

Grupos de Discussão

Os grupos focais foram realizados com PVHIV, membros e/ou activistas e beneficiários das Associações de PVHIV e OCBs. Fizeram parte dos grupos focais pessoas com idade compreendida entre os 18 à 60 anos, a seguir especificados: grupos compostos apenas por mulheres (na faixa de 35 à 45 anos), grupos compostos apenas por mulheres adultas e idosas (35 à 60 anos de idade), grupos mistos compostos por mulheres e homens adutos (35 à 45 anos de idade), grupos mistos compostos por jovens rapazes e raparigas (18 à 24 anos). Nos grupos de discussão com PVHIV, maior atenção foi dada à percepção sobre PP, aspectos sócio-culturais e de género que favorecem ou dificultam a PP, conhecimento e acesso a informação sobre HIV e SIDA, necessidades, desafios e oportunidades para adesão à PP.

No total foram realizados seis grupos focais, quatro formais com membros, beneficiários e activistas de Associações de PVHIV, e dois informais (interagindo com pacientes/sessão de observação directa), um no CS com PVHIV aguardando consulta e outro com activistas do SAAJ. Dos cinco grupos focais formais, um foi realizado com jovens activistas de uma OCB juvenil que apoia PVHIV em Maputo Cidade, três foram realizados com mulheres PVHIV membros e activistas de Associações de PVHIV (sendo um grupo focal em Maputo Cidade, um em Chibuto, um em Xai-Xai) e um com mulheres e homens PVHIV membros e activistas de uma Associação de PVHIV em Maputo Província.

Observação Directa

A observação directa foi efectuada em Centros de Saúde, onde a consultora, informalmente, observou como os doentes eram atendidos nas salas de espera para consulta médica e captava as suas impressões.

IV. Análise de dados e produção do Relatório

A quarta e última etapa compreendeu a compilação dos dados colhidos, análise e produção de achados e recomendações.

3.2.2. Abrangência geográfica

O estudo abrangeu as três províncias de implementação do Programa PACTO, nomeadamente, Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza.

Dado as limitações relacionadas a recursos incluindo o tempo, a definição dos locais específicos teve como critério base, privilegiar as zonas geográficas de acção das Associações parceiras do PACTO nas suas diferentes componentes.

Com base no critério base, a abrangência geográfica compreendeu:

- Maputo Cidade - Distrito Urbano (DU) de Kamaxaquene e Kamubukwane;
- Maputo Província - Posto Administrativo de Matola Sede e na Manhiça (Vila sede da Manhiça);
- Gaza - o mapeamento cobriu cidade de Xai-Xai e sede do distrito de Chibuto.

No total foram identificadas e contactadas 44 Organizações. Destas, 14 Associações de PVHIV e 30 OCBs. Do total das Organizações contactadas, 15 pertencem a Maputo Cidade; 18 a Maputo Província, sendo 15 da Matola e 3 da Manhiça; 11 pertencem a Gaza, sendo 6 de Xai-Xai e 5 de Chibuto. Com excepção de duas Associações de Manhiça que foram contactadas telefonicamente por indisponibilidade dos representantes na semana em que decorriam os trabalhos em Manhiça, o contacto com as Organizações foi directo.

Foram igualmente contactadas 5 Unidades Sanitárias (Centros de Saúde que providenciam Serviços de TARV), sendo 2 em Maputo Cidade, 1 na Matola (Maputo Província) e 2 em Xai-Xai (província de Gaza).

Os Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social foram igualmente contactados.

Descrição das áreas de cobertura geográfica do Mapeamento

Maputo Cidade

A Cidade de Maputo é composta por 5 Distritos Urbanos (DU) (KaMpfumo, KaChamanculo, KaMavota, KaMaxaquene e KaMubukwane) e 2 Distritos Municipais (KaCatembe e KaInhaca). Foram cobertos no presente mapeamento dois Distritos Urbanos, nomeadamente Kamaxaquene e Kamubukwane.

O DU KaMaxaquene possui 8 bairros, nomeadamente Mafalala, Maxaquene A, B, C e D; Polana Caniço A e B e Urbanização. No DU KaMaxaquene foram usadas como referência as Associações e OCBs que apoiam PVHIV nos bairros de Maxaquene A, B, Polana Caniço A, B.

O DU KaMubukwane possui 12 bairros, nomeadamente Bagamoyo, George Dimitrov (Benfica), Inhagoia A e B, Jardim, Luís Cabral, Magoanine, Malhazine, Nsalane, 25 de Junho A e B, e Zimpeto. No DU Kamubukwane foram usadas como referência as Associações e OCBs ques desenvolvem actividades de apoio a PVHIV nos bairros de Inhagoia A, B, 25 de Junho A.

Maputo Província

Dos oito Distritos que perfazem Maputo Província (Manhiça, Matola, Moamba, Boane, Magude, Marracuene, Matutine e Namaacha), foram abrangidos neste mapeamento os Distritos de Matola e Manhiça.

A Matola é composta por 3 Postos Administrativos (Matola Sede, Infulene, Machava) perfazendo em conjunto um total de 43 Bairros. O mapeamento abrangiu as Associações e OCBs que desenvolve actividades no Posto Administrativo (PA) da Matola Sede que compreende 13 bairros, nomeadamente, Matola A, B, C, D, F, G, H, J, Fomento, Liberdade, Mussumbuluco, Malhanpsene e Sikwama. Com excepção de Mussumbuluco, Malhampsene e Sikwama, todos os restantes bairros do PA Matola Sede constituem a zona urbana da Matola (Matola urbana) onde a maioria das Associações e OCBs desenvolve as suas actividades.

O distrito da Manhiça conta actualmente com 6 PA (Manhiça, Calanga, Ilha Josina Machel, Maluana, Xinavane, 3 de Fevereiro), subdividido em 13 Localidades e 64 Povoações.

O mapeamento abrangiu o PA da Manhiça Sede que possui 2 localidades (Manhiça Sede e Maciana) e um total 18 Povoações e teve como referência as Associaçõoes e OCBs que desenvolvem actividades de apoio a PVHIV na Manhiça sede. Fazem parte da Manhiça Sede 11 povoações, nomeadamente, Cambene, Chache, Chafutene, Chibucutsu, Chubututuine, Machecana, Manhiça, Mazavanine (Balucuene), Mitilene, Nhambi, Nwanjocuene. A Vila da Manhiça é caracterizada como zona urbana.

Província de Gaza

A provincia de Gaza é composta por 12 Distritos, dentre os quais Chibuto e Xai Xai abrangidos no presente mapeamento. O Distrito de Chibuto é composto por 6 Postos Administrativos (PA da cidade de Chibuto, Alto Changane, Malehice, Godide, Chaimite e Changanine) e dezassete localidades.

O mapeamento cobriu o PA de Chibuto que possui 3 localidades, nomeadamente, Chibuto Sede (cidade-município), Chikhakhate e Canhavane e teve como referência as Associações e OCBs que desenvolvem actividades em Chibuto Sede.

O distrito de Xai Xai possui 3 Postos Administrativos, nomeadamente, Chicumbane, Zongoene, Chongoene e Xai-Xai cidade (municipio).

O mapeamento teve como referência as Associações e OCBs que desenvolvem actividades na cidade de Xai-Xai (área municipal) que congrega 4 distritos/postos municipais, a conhecer: Posto da Praia que compreende o Bairro "E" da cidade, Posto de Inhamissa onde se inserem os bairros de Inhamissa "A" e "B" e Marien N'gouabi "A" e "B", Posto Administrativo de Patrice Lumumba que compreende os bairros de Patrice Lumumba "A" e "B" e, por último o Posto Administrativo Sede que compreende os bairros "A", "B", "C", "D" e Coca Missava.

De referir que a maioria das Associações e OCBs contactadas cobrem para além das áreas geográficas abrangidas pelo mapeamento, outros distritos, postos administrativos, localidades e bairros. Esta informação pode ser encontrada no anexo A que apresenta de forma detalhada o perfil das Organizações e as zonas geográficas de actuação.

3.2.3. Aspectos éticos e administrativos

A participação e colaboração no mapeamento foi voluntária, as entrevistas foram realizadas em local e hora previamente indicado pelos entrevistados, tendo sido, na maioria dos casos, no local de funcionamento das suas Organizações.

Para o caso das US, o contacto com os profissionais de saúde foi possível mediante apresentação prévia da autorização da Direcção Provincial da Saúde e do consentimento informado aos gestores dos CS.

3.2.4. Limitações

A necessidade de registo de informação bastante específica sobre que Associações de PVHIV e OCBs estão a trabalhar ou a desenvolver acções nas três províncias cobertas pelo estudo, incluindo sua localização, tipo de actividades desenvolvidas e metodologia de implementação, dificuldades enfrentadas para o seu funcionamento, "exigiu um trabalho aprofundado onde o tempo jogou uma limitante fundamental". Apesar de existirem outros mapeamentos recentes realizados por outras instituições, por fraca colaboração das mesmas, nalguns casos não foi possível obter os documentos produzidos.

Relativamente ao grupo alvo, de referir que ao nível das US, o estudo privilegiou para além dos gestores das US, apenas os profissionais de saúde ligados aos serviços de Aconselhamento, PTV, TARV e SAAJ que não reflectem todos serviços ligados ao pacote clínico integral de serviços de HIV e SIDA oferecidos nas US.

Por várias razões, dentre as quais burocráticas, não foi possível realizar entrevistas com os PMT, contudo foi evidente nas três províncias a existência de Associação dos Praticantes de Medicina Tradicional de Moçambique (AMETRAMO), que por via de filiação, atribui um estatuto de reconhecimento e credibilidade dos PMT na comunidade.

Apesar das limitações, o documento oferece, por um lado uma ideia sobre a percepção dos prestadores de cuidados, dos profissionais de saúde e das PVHIV em particular sobre os desafios para a PP; por outro, fornece informação detalhada sobre o perfil das Organizações Comunitárias de base, sejam elas de PVHIV ou que apoiam PVHIV e COVs e acções por elas desenvolvidas, a área geográfica específica de actuação de cada uma delas incluídas no mapeamento, o sistema de referência e contra referência entre os diferentes serviços de apoio para PVHIV e COVs.

PARTE II

IV
RESULTADOS

V
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

VI
LISTA DE DOCUMENTOS CONSULTADOS

VII
ANEXOS

IV. Resultados

4.1. PERFIL DOS SERVIÇOS DE APOIO DIRECTO ÀS PVHIV NAS COMUNIDADES

As Organizações Comunitárias identificadas possuem um aspecto em comum, trabalham em prol das PVHIV e COVs. No entanto, elas podem ser agrupadas em duas categorias principais (Quadro 1):

1.Associações de PVHIV e simpatizantes - Associações com identidade baseada no estado serológico positivo dos seus membros;

2. Associações Mistas ou OCBs - com identidade não baseada no estado serológico dos membros.

Apesar de ambas categorias partilharem do mesmo objectivo, nomeadamente, prestar serviços em prol do apoio às PVHIV, estas Organizações possuem algumas particularidades na sua constituição que importam descrever. A informação detalhada sobre o perfil organizacional é apresentada no anexo A do presente relatório.

O Quadro 1 que segue apresenta um resumo das Organizações (OCBs e Associações de PVHIV) que apoiam directamente as PVHIV e COVs na comunidade, tendo em conta a sua localização (província e distrito), e unidades sanitárias usadas como referência.

QUADRO 1.1. Lista de OCBS e Associações que apoiam às PVHIV e COVs na comunidade

PROVÍNCIA	DISTRITO	US DE REFERÊNCIA	ORGANIZAÇÕES	TIPO
MAPUTO CIDADE	Distrito Urbano Kamaxaquene	Centro de Saúde 1 de Maio	Pfukauhanya	Ass. PVHIV
			Kindlimuka	Ass. PVHIV
			Coalizão	OCB (Ass. Juvenil)
			Ahitipaluchene	Ass. PVHIV (Mulheres)
		Centro de Saúde Polana Caniço	Ahilhulenenala	Ass. PVHIV
			Hocosida	OCB
			Tihnena	Ass. PVHIV
			Kutenga	OCB (Ass. Juvenil)
	Distrito Urbano Kamubukwane	Centro de Saúde de Bagamoio	Amodefa	OCB (Ass. Juvenil)
			Pecov	OBC
			Pepetseca	OCB (Ass. Juvenil)
			Ammcj	OCB (religiosa)
			Anemo	OCB
			Hixicanwe	OCB
			Avimas	OCB

QUADROS 1.2. e 1.3.

PROVÍNCIA	DISTRITO	US DE REFERÊNCIA	ORGANIZAÇÕES	TIPO
MAPUTO PROVÍNCIA	Posto Administrativo Matola Sede	Centro de Saúde Matola 1 Centro de Saúde Matola 2 Hospital Psiquiátrico de Infulene	Nheleti	OCB (religiosa)
			Acrima	OCB (religiosa)
			Iba	OCB (religiosa)
			Vukani	OCB
			Tiphezani	OCB
			Amparo	OCB
			Avvm	OCB
			Amodeca	OCB
			Aurora Da Vida	OCB
			Livaningo	OCB
			Accord	OCB (Ass. Juvenil)
			Vanavangu	OCB
			Hilhulile	Ass. PVHIV
			Florescente	OCB
			Ajudemos	OCB (Ass. Juvenil)
	Manhiça Sede	Hospital Distrital de Manhiça	Amuchefa	Ass. PVHIV (Mulheres)
			Mahanhela Matxwa	Ass. PVHIV
			Xitlhango	OCB

PROVÍNCIA	DISTRITO	US DE REFERÊNCIA	ORGANIZAÇÕES	TIPO
GAZA	Chibuto Sede (município)	CS 25 de Junho Hospital Distrital	Uxaca	Ass. PVHIV
			Tsembeca	OCB
			Ads	OCB
			Hanyane	Ass. PVHIV
			Ntwanano	OCB
	Xai-Xai Cidade	CS da FIR CS Xai-Xai cidade CS Marien Ngoabi CS Patrice Lumumba	Lado Lado	OCB (Ass. Juvenil)
			Kuvumbana	Ass. PVHIV
			Bassopisso	Ass. PVHIV
			Activa	OCB
			Vontade	Ass. PVHIV
			Reencontro	OCB

4.1.1. Associações com identidade baseada no seroestado positivo dos membros em relação ao HIV (Associações de PVHIV)

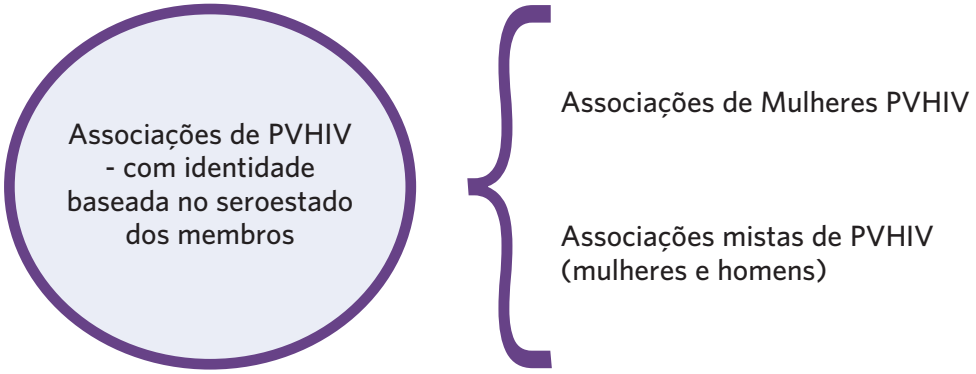
Tal como mencionado no Mapeamento do Perfil das Redes de Associações PVHIV (NAIMA+, 2006), as Associações de PVHIV surgem motivadas pela necessidade de autodefesa das PVHIV e solidariedade com outras PVHIV. Contudo, importa referir que a maioria das Associações de PVHIV surgiram como grupos de apoio mútuo, constituídos apenas por PVHIV.

Dado a complexidade dos desafios impostos pela própria problemática do HIV, com o tempo, o número de membros, ou seja, de PVHIV procurando apoio moral e psicossocial foi crescendo trazendo uma necessidade cada vez crescente de composição de uma estrutura organizativa para coordenação e funcionamento do grupo. O crescimento do número de membros, aliado às limitações de apoio social mútuo, levou à transformação dos grupos de apoio em Associações, facto que criou possibilidades para acesso a apoio material e financeiro externo, permitindo consequentemente que maior número de PVHIV doentes e em situação carenciada nas comunidades fossem assistidas e apoiadas.

Hoje, as Associações de PVHIV, apesar de congregarem como maioria dos seus membros PVHIV, possuem igualmente pessoas que não são HIV positivas, designadas por simpatizantes. Por essa razão, com o tempo, estas passaram a se identificar e designar-se por Associações de PVHIV e simpatizantes.

Um aspecto interessante, é que muitas vezes os membros HIV negativos (simpatizantes) têm familiares próximos adultos ou crianças que são PVHIV ou COVs de pais cuja morte se relacionou com o HIV e SIDA. Esta característica peculiar, de ser constituída por PVHIV ou pessoas com familiares PVHIV ou COVs, que assumem pública e abertamente o seu estado serológico positivo ou a causa da morte do seu familiar, distingue as Associações de PVHIV de outras que trabalham na área de HIV e SIDA.

Importa salientar que no seio das Associações de PVHIV, relativamente à composição, estas podem ser subdivididas em dois grupos. Existem Associações específicas de mulheres vivendo com HIV e SIDA e simpatizantes e Associações de PVHIV mistas, cujos membros são homens e mulheres.

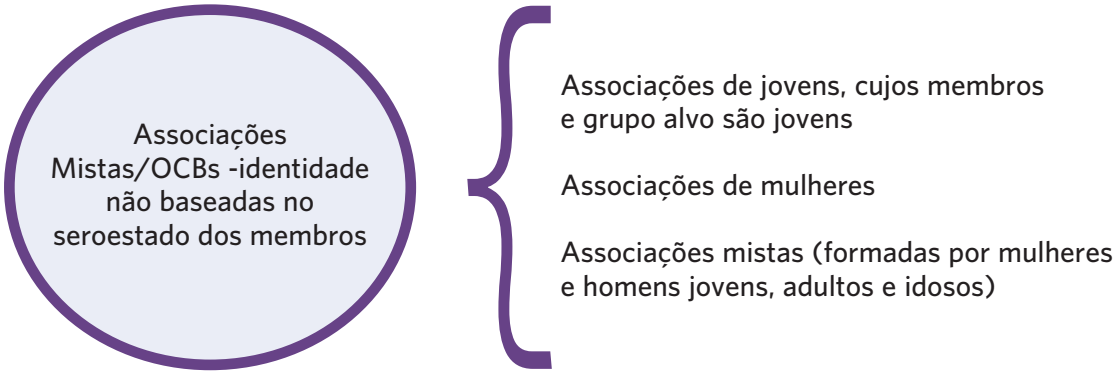


Perfil socio-económico dos membros das Associações de PVHIV

Tanto as Associações de mulheres PVHIV como as mistas, compostas por mulheres e homens, são maioritariamente compostas por mulheres viúvas e mães solteiras, desempregadas, e muitas vezes sem alguma actividade particular de geração de renda. Em termos de faixa etária, na sua maioria são compostas por jovens e adultas (em idade compreendida entre 25 - 50 anos) contudo, encontram-se um número considerável de idosas nesses grupos (faixa etária entre 50 - 60 anos de idade). Relativamente ao grau de escolaridade, a maioria possui abaixo de 12ª classe, entretanto, os membros jovens sabem ler e escrever, especialmente em Maputo Cidade.

4.1.2. Associações não baseadas no seroestado em relação ao HIV (OCBs)

Tal como as Associações que se identificam como de PVHIV, as OCBs surgem motivados pelo impacto negativo do HIV e SIDA nas comunidades e com o principal objectivo de apoiar as PVHIV e COVs na comunidade. Este grupo de Associações subdivide-se em:



Perfil socio-económico dos membros das OCBs

À semelhança das Associações de PVHIV, os membros das OCBs na sua maioria são mulheres em situação socio-económica vulnerável, isto é, mulheres desempregadas, sem alguma actividade de geração de renda própria, viúvas (normalmente em situação de HIV não declaradas) e mães solteiras.
Pela sua génese, apesar de possuírem membros HIV positivos, são raros os casos em que estes se declaram e assumem publicamente o seu estado serológico positivo em relação ao HIV. Este é um dos principais factores que as diferencia das Associações de PVHIV.

4.2. MOTIVAÇÕES PARA FORMAÇÃO E CONTINUIDADE DAS ASSOCIAÇÕES DE PVHIV E OCBS

4.2.1. Associações de PVHIV

Tanto em Maputo Cidade, como em Maputo Província e Gaza, a maioria das Associações de PVHIV surgiram como grupos de apoio mútuo criados por iniciativa dos profissionais de saúde e das PVHIV em tratamento nas US.

A experiência de resultados positivos do tratamento e do encorajamento e apoio mútuo entre os pacientes HIV positivos, que faziam parte dos grupos de apoio nas US, criou vontade e iniciativa em muitas PVHIV de dar continuidade e expandir este apoio psicológico mútuo a nível da comunidade. Esta iniciativa deu lugar a criação de grupos de apoio baseados na comunidade que, por motivos acima referidos, posteriormente se transformaram em Associações.

O apoio mútuo ao nível da comunidade ganhou eco com o número cada vez crescente de PVHIV e a necessidade de combater o estigma e a discriminação caracterizada por abandono de doentes HIV positivos por familiares, isolamento dos PVHIV e COVs de pais HIV positivos pelos familiares, entre outros aspectos.

4.2.2. Associações Mistas (OCBs)

Os mentores das Associações mistas são, em sua maioria, pessoas que, independentemente do seu estado serológico, tiveram experiência de perda de parentes próximos (esposo, filhos, irmãos, sobrinhos) relacionados ao HIV e SIDA. Tal como nas Associações de PVHIV, o número crescente de crianças órfãs abandonadas na

comunidade, a identificação de muitos doentes HIV positivos acamados e abandonados pela família, foram as principais motivações para que algumas pessoas afectadas e infectadas se juntassem e constituíssem uma OCB, com a principal finalidade de promover o encorajamento, apoio mútuo e solidariedade no seio dos infectados e afectados pelo HIV e SIDA.

As motivações para surgimento e manutenção de Grupos de Apoio/Associações de PVHIV e OCBs podem ser resumidas em:

- Número crescente de PVHIV e COVs acamados abandonados pelos familiares;
- Necessidade de autodefesa e fazer face ao estigma e discriminação de PVHIV e COVs na comunidade;
- Necessidade de passar testemunho e mensagem de esperança de vida a outras PVHIV, pois a maioria dos promotores dos grupos e das Associações tinham experimentado um estado avançado da doença e melhoraram;
- Necessidade de criar um espaço para discussão regular dos seus problemas, partilha de experiências, motivação e apoio mútuo na comunidade;
- Necessidade de apoio mútuo moral e psicossocial aliada à vulnerabilidade socio-económica das PVHIV, incapacidade de auto sustento (alimentação etc.);
- Necessidade de promoção dos Direitos Humanos das PVHIV, com especial enfoque para o Direito à Saúde e a vida através de acções de advocacia para promoção e expansão do acesso ao tratamento.

4.3. ANÁLISE FOFA (FORÇAS, OPORTUNIDADES, FRAQUEZAS E AMEAÇAS) DAS ASSOCIAÇÕES E OCBS E SUAS NECESSIDADES

4.3.1. Análise FOFA

Como quaisquer outro tipo de Organizações, as Associações e OCBs que trabalham em prol das PVHIV possuem pontos fortes e fracos. Relativamente às abrangidas no presente mapeamento destacam-se:

Forças

- Experiência de vida dos membros/activistas (particularmente das Associações de PVHIV), em sua maioria PVHIV e campeões na luta contra estigma e discriminação na comunidade;
- A maioria das Associações/OCBs trabalha a mais de 5 anos com as comunidades;
- Possuem pessoal cometido com a causa;
- Espírito de solidariedade no seio dos membros;
- A maioria das Organizações possui estatuto legal;
- São Organizações cujos membros pertencem às comunidades onde a organização realiza suas actividades e conhecem a realidade das suas comunidades, necessidades das PVHIV, práticas culturais, entre outros aspectos relevantes para a Prevenção do HIV e SIDA.

Fraquezas

- A maioria das Associações e OCBs não possue instalações próprias, muitas vezes o local em que se reúnem, em caso de escritório, é alugado e as Associações não têm capacidade de pagamento da renda. Este facto resulta, muitas das vezes, na mudança constante de local de funcionamento da Associação, por vezes para residência de algum dos membros, ou outro local em que a renda seja mais acessível, e que os membros possam ter capacidade de responsabilizar pelos custos. O funcionamento da Associação em zonas distantes das zonas de implementação de actividades agrava a necessidade de transporte para deslocação dos activistas e membros para atender, por exemplo, encontros de coordenação, e nem sempre os membros têm esta possibilidade;
- Os financiamentos (quando estes existem) muitas vezes não cobrem custos administrativos (ex. telefone, aluguer de escritório, papel, fotocópias, subsídios de transporte para deslocação dos activistas, etc.), mas apenas actividades;

- Muitas Associações não dispõem de equipamento e insumos básicos para funcionamento das Associações (computador, secretárias, papel, etc.);
- Em geral, devido a falta de recursos para pagamento de salários, as Associações e OCBs possuem fraca capacidade de contratação e retenção de recursos humanos qualificados (com nível igual ou superior a 12ª classe), que possam assegurar o direccionamento estratégico da organização;
- Fraca sustentabilidade - falta de flexibilidade e sensibilidade dos financiadores em relação à necessidade de apoio em actividades de geração de renda para sustentabilidade das Associações;
- Falta de recursos básicos para desenvolverem suas actividades chave como é o caso de Cuidados Domiciliários e Prevenção (ex. dificuldade em transporte/subsidio de transporte para deslocação dos activistas às visitas regulares aos pacientes, especialmente os acamados; falta de Kit de CD, falta de material de Informação, Educação e Comunicação incluindo sobre componentes da Prevenção Positiva).

Ameaças

- Vulnerabilidade dos membros incluindo activistas - tanto as Associações de PVHIV como as OCBs são grupos cuja base de trabalho é o voluntariado, e os membros e activistas não possuem actividades de geração de renda próprias que lhes permitam assegurar o auto-sustento e da sua família, o que pode fragilizar a sua entrega total no trabalho (facilmente podem abandonar a Associação);
- Dependência de financiamento de doadores;
- Financiamento apenas a projectos de curto prazo (6 meses a 1 ano), o que por vezes não favorece a sustentabilidade das suas acções.

Oportunidades

- Parceiros importantes na operacionalização da estratégia nacional de combate ao HIV e SIDA (PEN III) na comunidade, ou seja, a nível da base.

4.3.2. Principais Necessidades das Organizações

- Capacitação e apoio técnico em planificação e gestão programática e financeira;
- Actualização dos activistas em conhecimento, informação e abordagens de comunicação para Prevenção do HIV e SIDA (ex.: porquê fenómeno casais discordantes? Como lidar com esta situação a nível dos casais; etc.);
- Apoio em recursos materiais e financeiros básicos para funcionamento das Organizações (ex.: como subsídio de transporte para facilitar o trabalho dos activistas, equipamento e insumos para trabalho quotidiano, espaço para funcionamento);
- Apoio integrado convista à criação de sustentabilidade (inclusão de apoio inicial financeiro e técnico para actividades de geração de renda);
- Material de IEC em prevenção e tratamento.

4.4. PRINCIPAIS ÁREAS DE INTERVENÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES: ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS E METODOLOGIAS USADAS

Tanto as Associações de PVHIV como as OCBs possuem como principais áreas de intervenção:

1. Prevenção
2. Cuidados e Visitas Domiciliárias
3. Mitigação

Em geral, as actividades desenvolvidas em cada área de intervenção e a metodologia usada não diferem entre as Organizações. No Quadro 2, abaixo, são apresentadas as principais actividades e metodologias de intervenção usadas pelas Organizações.

QUADRO 2. Áreas de intervenção, actividades e metodologia de implementação

ÁREA DE INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO
Prevenção	Comunicação em massa para testagem e mudança de comportamento	• Informação sobre o teste; • Promoção e Distribuição de preservativo; • Divulgação de informação sobre meios de transmissão e prevenção do HIV através de palestras e teatro interactivo (teatro do oprimido que privilegia a participação activa dos espectadores e discussão dos assuntos com base em encenações apresentadas pelos grupos teatrais das Associações ou OCBs); • Exibição/projecção de filmes sobre HIV e SIDA em locais de concentração populacional como mercados, paragens de chapas, Escolas; • Uso de rádios comunitárias para sensibilização e debates radiofónicos em língua local sobre HIV e SIDA.
	Comunicação porta-a-porta (educação de pares)	• Aconselhamento para testagem e adesão ao tratamento; • Distribuição de preservativo; • Educação de pares (jovens, adultos, idosos - solteiros, casados e viúvos).
	Comunicação em massa e educação de pares nas US	• Promoção de grupos de discussão e apoio mútuo (mulheres grávidas - PTV; PVHIV - adesão ao tratamento); • Palestras educativas sobre HIV e ITSs; • Informação e promoção do teste com os utentes; • Palestras sobre HIV e SIDA, Tuberculose, Malária e outras doenças associadas ao HIV ou de transmissão sexual.
	Capacitações em HIV e SIDA	• Capacitação de membros da comunidade e líderes comunitários em prevenção do HIV e SIDA; • Promoção de grupos específicos de discussão (grupos de sogras, grupos de mulheres casadas-noras, grupos de avós de COVs em matéria de HIV e SIDA).
Cuidados e Visitas Domiciliárias	Apoio mútuo e Educação de pares	• Apoio moral, espiritual e psicológico (encorajamento para a vida e vida positiva).
	Cuidados básicos de saúde e higiene	• Banho do paciente e limpeza da casa; educação/capacitação das famílias em cuidados básicos de higiene a um doente acamado.
	Encaminhamento aos serviços de saúde (US)	• Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde (UATS); • Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens (SAAJ); • Triagem.
	Seguimento dos pacientes	• Aconselhamento e controlo da adesão ao tratamento (pacientes confirmados HIV positivos).

ÁREA DE INTERVENÇÃO	ACTIVIDADES	METODOLOGIA DE IMPLEMENTAÇÃO
Mitigação	Encaminhamento aos serviços de apoio social	• Encaminhamento de PVHIV e COVs às instituições governamentais e não-governamentais que prestam serviços sociais tais como: • Educação - integração de COVs nas escolas; • Direcção Provincial da Mulher e Acção Social; Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social e/ou Instituto Nacional de Apoio Social para registo das COVs, apoio alimentar (cesta básica) entre outros.
	Apoio alimentar e nutricional directo	• Fornecimento de cesta básica através de financiamentos ou actividades de geração de rendimento da Associação ou OCB aos beneficiários mais carenciados (ex.: PVHIV acamados e COVs); • Educação nutricional à família e paciente.
	Promoção e protecção dos direitos das PVHIV e das COVs	• Encaminhamento a serviços de apoio jurídico-legal ex.: LDH, WILSA, Fórum Mulher, Gabinete de Atendimento a Mulher e Criança).
	Melhoramento de condições habitacionais de COVs e PVHIV	• Construção e reabilitação de casas.
	Promoção e desenvolvimento de actividades de geração de renda	• Integração de membros adultos em actividades de geração de renda da Associação ou OCB: criação de animais de pequena espécie (frangos), venda de lenha, venda de material de construção (estaleiro), machambas, corte e costura, etc; • Apoio no acesso a recursos (empréstimos) para início de actividades de geração de renda.
	Advocacia, promoção e Defesa dos Direitos Humanos das PVHIV e COVs	• Campanhas de comunicação social contra normas e acções de estigma e discriminação; • Divulgação e protecção dos Direitos Humanos das PVHIV; • Promoção e divulgação dos instrumentos de defesa dos Direitos da Criança.

4.5. ABORDAGENS E MENSAGENS USADAS PELAS ORGANIZAÇÕES EM RELAÇÃO À PREVENÇÃO DO HIV PARA A POPULAÇÃO EM GERAL E NO SEIO DE PVHIV (PREVENÇÃO POSITIVA)

4.5.1. Abordagem de Prevenção usada pelas Organizações para a população em geral

O perfil das Organizações, constituição e grupo alvo ditam a abordagem e métodos de intervenção usados por cada uma delas. Contudo, na área de Prevenção, a abordagem e mensagem passadas pelas Organizações não difere muito umas das outras, incluindo as Organizações de base religiosa. Nas três províncias cobertas pelo mapeamento, constatou-se haver uma abordagem uniforme de prevenção no seio das Associações e OCBs, cujas principais mensagens integram:

- Testagem
- Uso correcto e consistente de preservativo (masculino e feminino);
- Abstinência/adiamento do início da actividade sexual (para adolescentes em especial);
- Fidelidade mútua (para casais, sejam jovens, adultos ou idosos);
- Prevenção da Transmissão Vertical (PTV - durante a gravidez, pós parto - por via do aleitamento materno exclusivo até 6 meses ou aleitamento artificial);
- Controlo da Criança em Risco (CCR- Seguimento da criança em risco - criança nascida de mãe HIV positiva) até pelo menos 2 anos de idade;
- Redução de número de parceiros (MCP - múltiplos parceiros concorrentes);
- Circuncisão Masculina.

4.5.2. Abordagem usada pelas Organizações no seio da PVHIV (Prevenção Positiva)

A terminologia Prevenção Positiva (PP) ainda é nova e desconhecida pela maioria das Associações entrevistadas, no entanto, a abordagem em si, é conhecida e designada por Vida Positiva. Apesar deste desconhecimento quase generalizado da terminologia Prevenção Positiva, nas três províncias foram identificadas algumas Associações que conhecem e se beneficiaram de formação em PP pela ONG PathFinder. Em geral, a abordagem de PP ou Vida Positiva usada pelas Associações engloba:

- Uso correcto e consistente de preservativo (enfatizando a redução de risco de reinfecção);
- Adesão ao tratamento (médico/medicamentoso e psicológico/aconselhamento);
- Nutrição - Alimentação saudável /equilibrada baseada em produtos locais acessíveis com ênfase para verduras e legumes;
- Planeamento Familiar;
- Prevenção da Transmissão Vertical (PTV);
- Redução de comportamentos de risco (redução de número de parceiros, vícios ex.: álcool, cigarro e perda de noites);
- Não a auto-estigmatização;
- Aumento de auto estima;
- Aceitação e revelação do estado serológico aos mais próximos (com maior ênfase para o parceiro).

Pese embora a abordagem de prevenção usada para a população em geral tenha componentes semelhantes da abordagem usada no seio de PVHIV, existem alguns aspectos realçados na PP ausentes na abordagem de prevenção usada para a população em geral. A adesão ao tratamento, a necessidade de melhorar a auto estima, aceitação e revelação do estado serológico são alguns exemplos.

A abordagem de PP/Vida Positiva tem sido levada a cabo essencialmente através de:

- Educação de pares na comunidade por via de campanhas de sensibilização porta a porta;
- Grupos de discussão e/ou de apoio na comunidade ou Associações de PVHIV;
- Educação de pares nas US;
- Educação massiva em locais de maior concentração populacional (mercados, e paragens de chapa) por via de teatro interactivo, projecção de vídeos sobre HIV e SIDA, (Educação sobre Prevenção, Tratamento, etc.) com recurso a data show, muitas vezes emprestado pela Organizações parceiras. A projecção de filmes é facilitada por alguns vendedores de música ou filmes nos mercados mediante cobrança de um valor simbólico para pagamento de energia. Estes vendedores muitas vezes possuem DVD e uma TV para experimentar filmes como forma de publicitar seus produtos. Algumas Associações conseguiram ter uma parceira com estes vendedores para passarem filmes sobre HIV e SIDA em horários de maior concentração de pessoas nesses locais como hora de ponta 17 horas (ex. Associação Ahitipaluchene na Cidade de Maputo).

4.6. FACTORES ESTRUTURAIS, COMPORTAMENTAIS E INSTITUCIONAIS QUE PODEM IMPEDIR OU FACILITAR A PREVENÇÃO POSITIVA

Vários foram os factores mencionados como cruciais para a PP, dentre os quais factores estruturais, comportamentais e institucionais. Estes aspectos são explorados nos pontos que se seguem.

4.6.1. Factores Estruturais

4.6.1.1. Factores socio-económicos

De acordo com o PEN III, a pobreza consta na lista de factores com influência na prevenção do HIV e SIDA. As PVHIV membros e beneficiários das Organizações Comunitárias são maioritariamente pessoas carenciadas, em sua maioria, mulheres viúvas ou solteiras chefes de família. Na opinião dos entrevistados, a vulnerabilidade socio-económica nas PVHIV tem repercussões negativas na prevenção em geral e na PP, incluindo na Prevenção da Transmissão Vertical (PTV).

a) Influência da condição socio-económica vulnerável de mães HIV positiva na Prevenção da Transmissão Vertical

Devido a condição de saúde debilitada de algumas mães HIV positivas, o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses nem sempre se afigura favorável para a PTV. Nestes casos, o leite artificial constitui uma alternativa viável.

Dado o reconhecimento deste facto, e da necessidade de se estancar a transmissão do HIV de mãe para filho, o Governo através do Ministério da Mulher e Acção Social (MMAS), especificamente do Instituto Nacional de Assistência Social (INAS), providencia leite artificial para os bebés de mães HIV positivas em situação carenciada. Contudo, segundo os entrevistados, a falta de condições das mães PVHIV para comprarem o leite, aliada ao apoio irregular das instituições competentes, leva com que algumas mães optem pelo aleitamento materno embora sua condição de saúde esteja debilitada. Neste cenário, o alívio imediato da fome na criança, por via do aleitamento materno, é visto como prioridade imediata relativamente à prevenção do HIV da mãe para filho. Esta opinião é ilustrada pelas intervenções abaixo:

> *"As senhoras HIV positivas sem condições de saúde favoráveis para amamentar são encaminhadas ao INAS [para obter apoio e, leite artificial], mas há alguns constrangimentos...no inicio davam 3 latas de leite e recebia-se de 2 em 2 semanas, mas nos últimos tempos a quantidade não é a mesma e a distribuição não é regular, por vezes é só uma lata e isto não ajuda...devido a falta de condições de saúde para aleitamento materno associada à irregularidade no fornecimento do leite artificial, muitas mães introduzem papa de farinha de milho ao bebé aos 3 meses de vida...isto nós vivemos na comunidade...algumas senhoras ouvem de outras sobre esta situação e preferem dar de mamar seus bebés assim que nascem mesmo se não aconselhável porque desacreditam no sistema, e não tendo condições para comprar leite, amamentam...pelo menos sabem que seu bebé não vai morrer de fome que é pior para uma mãe....."* - Activista de Associação de PVHIV em Maputo Província.

> *"Algumas mães HIV positivas por causa da pobreza, não têm condições de comprar leite para seu bebé, e optam por dar de mamar [aleitamento materno] mesmo depois dos 6 meses porque o apoio da Acção Social através do INAS não é contínuo...muitos bebés nascem negativos e tornam-se positivos por causa de falta de condições destas mães que muitas vezes são solteiras e elas próprias não trabalham e não têm como comprar leite...o aleitamento exclusivo é complicado, essas coisas a gente só fala mas a realidade é que dão leite um mês depois já não há mais, o que é que uma mãe pode fazer com um bebé de dois meses, que nem papas pode comer e a mãe optou pelo leite artificial devido a sua condição de saúde?..."* - Activista, Associação de PVHIV Maputo Província.

Segundo um responsável dos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS), a Acção Social tem limitações para responder à demanda de necessidade de apoio, que se apresenta superior relativamente à capacidade disponível.

b) Sexo Transaccional como alternativa para sobrevivência

Ainda aliada à questão socio-económica, segundo alguns entrevistados, ***a condição de vulnerabilidade da maioria das mulheres, particularmente de mulheres HIV positivas, contribui para que estas tomem atitudes e comportamentos de risco, dentre os quais o sexo transaccional sem protecção, como alternativa de sobrevivência***:

"....a maioria dos activistas são pessoas que não trabalham, e a própria Associação não tem nada [para apoia-las]...muitas das activistas acabam se metendo com homens para ganhar pão e sustentar seus filhos...no sexo transaccional não há opção, o comprador é quem comanda e dita as regras, o servidor deve sujeitar-se...quem não tem nada, não tem escolha...muitas vezes esta pessoa não tem sequer o que comer, o que dar aos filhos em casa, e nós estamos aqui a passar mensagens de prevenção a pessoas vulneráveis e não temos como apoiar estas pessoas a reduzir a sua vulnerabilidade...é difícil...a maioria de nós somos pessoas carenciadas..." - Coordenador de Associação de Apoio à COVs, Maputo Cidade.

"...essa coisa de vida positiva, não é fácil... mesmo aqui, tenho problemas com minhas activistas. Há pessoas que vem me dizer sua Activista ontem esteve ali na barraca X...quando eu pergunto, dizem coordenadora, não tenho nada para dar meus filhos, encontrei uma pessoa que queria me ajudar, era para eu negar?...eu fico sem palavra, porque não tenho nada para lhes dar...epa, é uma questão complicada, porque eu até digo, que exemplo é que vocês estão a dar a comunidade? De dia estão a sensibilizar e a noite na mesma comunidade estão a ter um comportamento que não é exemplar...o problema é que a Associação não tem como ajudar, se pelo menos tivéssemos actividades de geração de renda, podiam servir para subsídios ou apoiar com alimentos...aí eu teria mais força de repreender..." - Coordenadora de Associação de PVHIV, Maputo Cidade.

O sexo transaccional é também um fenómeno que abrange a camada jovem. Se os adultos têm como argumento a necessidade de sustento das famílias, os jovens tem outras razões, como atestam os seguintes comentários:

"Hoje o sexo intergeracional ['transaccional'] parece desporto, parece que está na moda...a disputa entre diferentes faixas etárias está demais, é preciso uma reflexão séria...basta que alguém tenha uma loja, um carro, uma barraca para ter todas as mulheres que quiser incluindo jovens...se os pais não têm como lhes sustentar...e são estes homens que não querem usar preservativo, e as mulheres na disputa do dinheiro, acabam cedendo tudo, mesmo sexo sem protecção..." - Coordenadora de Associação de PVHIV, Manhiça.

"Nós trabalhamos com adolescentes e jovens nas escolas e fora da escola. Na escola, se tu às 17h vais a paragem, vais ver que muitas meninas estão despreocupadas com chapa, ficam ali a espera de alguém que vem lhes levar, um padrinho ou avô como chamam [amante] que lhe vai dar boleia, ou porque ela não tem mesmo dinheiro de chapa... acha que esta menina com estas regalias que nem todas têm, está capaz de negociar sexo com preservativo com este senhor que é primeiro muito mais velho, que já é uma limitação, depois que lhe banca tudo?...pelo contrário, vai ceder tudo para garantir estas regalias ou apoio...outras andam com motoristas e cobradores de chapa, a partir das 18 horas começas a ver chapas com lugares reservados a frente para meninas...é uma situação terrível que por um lado tem a ver com condição socio-económica das famílias mas também com vaidade..." - Activista, Associação de jovens, Maputo Cidade.

c) Dependência económica das mulheres associada ao desemprego

Alguns entrevistados são de opinião que ***a dependência económica aliada ao desemprego contribui para maior vulnerabilidade das mulheres e fraca capacidade de negociação do uso de preservativo***:

"...muitas mulheres [HIV positivas] casadas com mineiros dizem Dra., meu marido não aceita usar preservativo, ele me dá tudo que eu quero, se eu criar confusão hei-de ir para onde? se ele morrer primeiro vou lhe enterrar e se eu morrer primeiro sei que ele vai me enterrar, mas não posso criar confusão em casa por causa de preservativo, porque ele não aceita..." - Técnica de Medicina, Xai-Xai.

"...se reparar, a maioria das mulheres de mineiros não trabalha, é raro ver uma mulher de mineiro que trabalha ou estuda, são pessoas completamente alienadas e economicamente dependentes, por causa disso não têm escolha, devem aceitar e se submeter a tudo e mais alguma coisa, e os mineiros muitas vezes têm 3 mulheres, e acha que aí há preservativo?" - Activista Associação de PVHIV, Xai-Xai.

d) Valorização excessiva do estatuto socio-económico

Alguns profissionais de saúde referem que ***a valorização excessiva do status social e económico, muitas vezes possuída pelos homens, leva a que mulheres ignorem as consequências imediatas do comportamento de risco***:

"...outras [mulheres] por causa do estatuto social e económico do homem [situação económica estável e posição que ocupam na sociedade] acomodam-se numa relação de risco conscientemente...e não é por falta de informação, as pessoas estão mais preocupadas com o bem-estar hoje..." - Profissional de saúde CS Xai-Xai.

e) Partilha de objectos de higiene cortantes

Apesar de não ter sido uma opinião generalizada, a partilha de objectos de higiene cortantes no seio da família, especialmente entre homens, foi referenciada como um dos aspectos associados à condição económica baixa. Segundo um entrevistado, ***a partilha de objectos de higiene cortantes é comum nas famílias, e não se relaciona com falta de informação sobre os perigos desta prática na propagação do HIV, mas com necessidades aliada à falta de recursos***:

"...por falta de dinheiro, os homens compartilham gillete [lâmina de barbear]. Numa casa você vê... pai usa gillete logo de seguida o filho usa...irmãos compartilham a mesmo gillete para tirar barba...com razão, se não têm dinheiro para comprar comida vão ter para comprar gillete?...infelizmente acontece e muito..." - Activista Associação de PVHIV Xai-Xai.

f) Falta de Alimentação/Insegurança Alimentar

A alimentação é um factor importante para adesão ao tratamento, componente da PP. Na opinião dos entrevistados, ***a pobreza associada à fraca capacidade de auto-sustento das PVHIV, continua sendo um dos principais desafios para adesão ao tratamento***:

"...as pessoas não podem tomar comprimido sem nada para comer...você não pode ter coragem de dizer a um doente para tomar comprimidos vendo que ele está com fome e não tem nada para comer, não é possível... quem toma estes comprimidos sabe muito bem os seus efeitos..." - Activista PVHIV, membro de Associação de PVHIV Xai-Xai.

"Estes comprimidos requerem comida, as pessoas tomam medicamentos mas acabam desistindo por causa dos efeitos dos medicamentos, sem nada para comer não é possível aguentar..." - PVHIV, Activista de Associação de PVHIV, Maputo Cidade.

."...a alimentação ainda é um dos maiores factores de abandono ou má adesão ao TARV...muitos dos nossos doentes são pessoas carenciadas, sem condições nenhumas mesmo para ter uma refeição por dia, e são chefes de famílias... e estando eles mesmos doentes não têm como garantir mantimento em casa e isto tem sido um grande desafio para nós. Por exemplo, agora estamos sem financiamento continuamos a fazer as nossas visitas e damos apoio moral as pessoas, mas muitos deles olham para nós como a esperança da vida e quando vamos visitar um doente acamado, sem nada para comer, custa-nos até encorajar a tomar os medicamentos porque sabemos muitos bem os efeitos...alguns até dizem, vocês me visitam sim, e eu agradeço por isso, mas não trazem nada para ajudar, estes comprimidos são fortes... a situação no terreno é muito complicada, passamos por situações muito difíceis..." - Activista de Ass. de PVHIV Maputo Província.

g) Fraca capacidade financeira das PVHIV e das Associações/OCBs para suportar o custo de transporte de casa para US e vice-versa

O acesso aso serviços de saúde constitui condição básica para acesso aos cuidados de saúde. Contudo, factores de natureza estrutural, nomeadamente ***distâncias ainda longas para encontrar uma Unidade Sanitária com serviços para HIV e SIDA e a fraca capacidade financeira das pessoas para suportar os custos de transporte de casa para US e vice-versa, foram apontadas como aspectos que influenciam negativamente na adesão ao tratamento***:

"O transporte é um dos maiores constrangimentos para adesão ao Tratamento...muitas vezes podemos aconselhar as pessoas a irem a US nas datas certas, mas custa-nos insistir porque muitas vezes as pessoas não têm como ir ao hospital,...da nossa zona por exemplo para o hospital são 20,00 Mts ida e volta e muitas vezes o doente não tem este valor nem o Activista tem como ajudar este doente..." - Coordenadora Associação de PVHIV, Maputo Província - Manhiça.

4.6.1.2. Factores Culturais e de Género

Os factores culturais e de género exercem um papel importante na prevenção em geral e na PP em particular. A pressão social, o medo de estigma e discriminação, algumas práticas culturais associadas aos papéis de género, mostraram-se evidentes como condicionantes da PP.

a) Medo de estigma e discriminação e abandono pelo parceiro

A revelação do estado serológico é um dos passos fundamentais para a PP. Contudo, vários factores contribuem para a predisposição ou não à quebra de silêncio. No seio de casais, a opinião partilhada pela maioria dos entrevistados é que ***o medo de ser abandonado pelo parceiro, devido aos estereótipos negativos em relação ao HIV, constitui uma das principais motivações para a decisão de não quebrar o silêncio ao parceiro***:

"...o problema é que quando o homem é que é seropositivo e a mulher não, aí não é problema mas o contrário...eixh...se a mulher fica ainda no lar passa por violência psicológica constante...por causa disso as mulheres preferem não revelar o seu estado..." - Activista Associação de PVHIV Xai-Xai.

"Muitas pessoas ainda optam por não revelar o seu estado [serológico positivo] ao parceiro por medo de ser abandonado...o facto de o HIV estar associado à infidelidade, leva sempre a uma atitude de culpabilização ao parceiro que revela primeiro o seu estado, e, muitas vezes as mulheres conhecem primeiro o seu estado serológico [positivo]..." - Coordenador de Associação de PVHIV Maputo Província.

"...é medo de perder o lar, muitas vezes a mulher toma conhecimento primeiro sobre seu estado serológico...os homens normalmente vão a US quando estão mesmo mal, mas as mulheres para além da questão reprodutiva, por diversas razões, frequentam com maior regularidade às US...por várias razões está mais exposta aos serviços de

saúde, mas quando por alguma razão faz o teste e tem resultado positivo não revela ao parceiro por medo de perder o lar, porque muitas vezes a pessoa que conhece primeiro o seu estado é o culpado, é quem trouxe o HIV para casa..." - Coordenador Associação de PVHIV Maputo Cidade.

De acordo com os entrevistados, o receio de revelar o estado serológico é também encontrada no seio de casais jovens:

"...os jovens normalmente não revelam seu estado serológico ao parceiro, temos muitos casos de casais jovens que um é HIV positivo e não revelou ao seu parceiro porque tem medo de não ser aceite pelo parceiro...os adultos já mostram maior abertura..." - Activista Associação de PVHIV Xai-Xai.

De acordo com uma entrevistada, ***nos últimos tempos há tendência de uso de algumas práticas que ajudam a criar ambiente seguro para quebra de silêncio entre parceiros. Esta prática, pode contribuir positivamente para a PP***:

"...recebemos [na Associação] muitos casos de mulheres que vem pedir ajuda para revelar seu estado ao marido...não tem sido fácil, porque muitas vezes o homem tenta culpar a sua esposa, usando o argumento de que ele estava a trabalhar nas minas e que o estado dela revela que tem andado fora...outras formas de contaminação são ignoradas, HIV é ainda relacionado ao sexo, má vida e infidelidade...mas temos conseguido sensibilizar e reconciliar os casais..." - Coordenadora e Activista de Associação de PVHIV Xai-Xai.

b) Pressão Social exercida pela família e comunidade

A pressão social exercida no seio da família e comunidade foi um aspecto bastante referenciado pelos entrevistados como barreira para quebra do silêncio. Este factor tem consequências negativas não só na prevenção entre parceiros como na PTV.

Segundo os entrevistados, a prática de aleitamento exclusivo seguido do desmame aos 6 meses é associada ao HIV. Para ilustrar, seguem algumas intervenções elucidativas:

"...muitas mulheres não seguem as indicações de aleitamento materno exclusivo até 6 meses porque têm medo que a família descubra que é HIV positiva...é que esta prática de aleitamento exclusivo seguido de desamamentação aos 6 meses já é entendida pela comunidade como sinónimo de mãe HIV positiva, e fazendo isto, a própria família da mulher e a família do marido pode desconfiar e questionar porque é que o bebé não mama depois de 6 meses...isto obriga a mulher a revelar o seu estado serológico e deve aguentar com as consequências como por exemplo perder o lar...por isso algumas vezes a mulher prefere sacrificar a saúde da sua criança do que ser desconfiada e perder o lar...porque o lar não só representa o amor entre duas pessoas, mas está carregado de valores como reputação de ser casada e a garantia de sustento desta mulher que muitas vezes nem trabalha..." - Coordenador de Associação de PVHIV Maputo Cidade.

Para alguns entrevistados, a maior pressão é exercida pela sogra e não necessariamente pelos parceiros. Este facto foi maioritariamente reportado em Gaza, onde segundo os entrevistados, ***a sogra tem uma grande influência e poder de decisão na família (casal)***:

"As mulheres aqui em Gaza quando se casam normalmente passam a viver com a sogra, isto porque o esposo normalmente vai as minas [trabalhar] e ela não pode ficar sozinha. O mais comum é que a mulher durante a gravidez fica sob cuidados da sogra. A sogra tem a tarefa e responsabilidade de cuidar da gravidez da nora, desde o cumprimento na toma dos remédios tradicionais durante gravidez até ao nascimento da criança. Logo após o nascimento da criança é responsabilidade da sogra cuidar do bebé, e normalmente dá-se ximbitana [remédio tradicional prevenção da epilepsia].....explicar e convencer a sogra que não é aconselhável dar estes remédios ao bebé tem sido o primeiro desafio das noras...O segundo desafio é com a amamentação... Muitas vezes as sogras

querem ver na nora a réplica dos costumes de como criar a criança na sua família. Se a nora diz que não pode dar de mamar a criança depois dos 6 meses....é complicado...Sendo a mulher a que mais frequenta em hospitais, muitas vezes é primeira a conhecer o seu estado, e uma vez que o marido está nas minas, as sogras ainda não relacionam a questão de HIV com período de janela, não percebem que apesar de seu filho não ter manifestações de HIV [não estar doente] possa no entanto ser HIV positivo, e se calhar o primeiro que tenha contraído o vírus... As sogras não percebem isto, daí que as noras são culpadas pelas sogras de adultério...que andaram fora com outros homens, e por vezes perdem o lar... mas quando são eles [os filhos] os primeiros a saber o seu estado dizem que foram enfeitiçados alegando que é inveja porque têm melhor condições que os outros homens..." - Coordenador Associação de Apoio a PVHIV e COVS, Chibuto.

"As sogras aqui em Gaza têm muita influência na vida do casal [do filho e nora],...a nora tem dificuldades de parar de amamentar [aos 6 meses] por medo de perder o lar, porque não disse a sogra que é HIV positiva e fazer isso também é um problema... as sogras relacionam HIV com má vida, adultério...é uma situação difícil..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Xai-Xai.

"Algumas mães é por má fé...continuam a amamentar seus bebés mesmo depois de 6 meses para não ser desconfiada [pelo marido, família] para proteger o lar, mesmo sabendo que é um risco..." - Activista Associação de Apoio a PVHIV e COVs, Maputo Província.

"...a mulher é ainda vista como vector de transmissão e propagação do HIV..." - Activista de Associação de apoio a PVHIV, Chibuto.

c) Revelação do estado serológico dos filhos pelos pais Vs. medo de culpabilização pelos filhos

O receio de revelação de estado serológico é também observado de pais HIV positivos para seus filhos que nasceram HIV positivos. A percepção dos profissionais de saúde é que ***o medo de ser culpabilizado pelos filhos*** tem sido a principal razão:

"Alguns pais têm receio que seus filhos saibam que eles nasceram assim [HIV positivos] e sejam culpabilizados pelos filhos...temos muitas crianças de 12 a 13 anos HIV positivos que não sabem o seu estado serológico, porque os pais ainda acham que são crianças para lhes revelar, mas muitas delas perguntam-nos porque é que devem tomar todos os dias seus medicamentos, quando é que vão terminar a medicação... e optamos apenas em dizer que têm uma doença crónica mas que os médicos ainda não descobriram o que é, e enquanto continuar com as consultas deve continuar a fazer o tratamento...mas isto é um perigo... porque são adolescentes HIV positivos, e é nesta idade que começam a ter curiosidade em relação ao sexo...isto é complicado, se queremos apostar na prevenção das gerações futuras..." - Psicóloga, Serviços de aconselhamento CS Maputo Cidade.

d) Poligamia associada a não adesão ao teste e fraco uso de preservativo

A poligamia foi um das práticas culturais enfatizada como factor impulsionador da propagação do HIV, particularmente em Gaza. Segundo os entrevistados, ***a poligamia associada ao fraco uso de preservativo é uma das práticas culturais que contribui para a propagação do HIV***:

"Aqui em Gaza é normal um homem ter 2 a 3 mulheres...há casos até que o homem tem uma mulher, a sua própria esposa pede ao marido para arranjar uma companheira para lhe ajudar nos trabalhos de casa [machamba, cuidar das crianças, cozinhar, lavar...] porque quando tem uma nova esposa a mais velha pode acordar mais tarde e descansar mais...então, se existe o vírus aí [um a pessoa infectada] todos ficam infectados porque nem sequer vão fazer o teste antes..." - Coordenador de Associação de apoio a PVHIV e COVs Chibuto.

e) Preservação da prática de Kutchinga com recurso ao sexo desprotegido

Apesar de se registarem sinais de mudanças na prática de kutchinga através da substituição do sexo desprotegido pelo uso de plantas medicinais para purificação da viúva, ***a percepção e crença das comunidades de que o Kutchinga por via de relações sexuais (desprotegida) é mais eficaz, contribui para que esta prática de risco prevaleça no seio das comunidades***. Para ilustrar, alguns entrevistados teceram comentários a respeito:

> *"Com este problema de HIV, os curandeiros sugeriram fazer kutchinga [a purificação do corpo da viúva e da casa] através de plantas medicinais em vez de relações sexuais. Mas mesmo assim, as pessoas ainda não confiam nessa nova prática, até reclamam...as próprias viúvas de maridos que morreram de HIV, se depois do kutchinga com plantas tradicionais lhe acontece algo, por exemplo se fica doente, a própria comunidade e ela mesma diz que é porque não foi bem tchingada [purificada]...* - Coordenador de Associação de apoio a PVHIV, Chibuto.

Este facto foi repisado por senhoras PVHIV em grupo de discussão:

> *"O problema é que nem todos os curandeiros conhecem todos remédios [plantas], alguns só têm para lavar a casa da viúva mas não têm para limpeza do corpo, ou só têm para limpeza de corpo e não têm para limpeza da casa...é preciso que os curandeiros tenham troca de experiência porque há curandeiros que conhecem todos os remédios para limpeza da casa e do corpo...porque se a pessoa não é bem tchingada, passa mal...eu por exemplo, sou viúva, preciso de ser tchingada, ainda não tchinguei, assim não posso dormir com nenhum homem, só ficar só, senão esse homem pode passar mal até mesmo perder a vida, mesmo eu posso passar mal..."* - Viúva, grupo focal com mulheres HIV positivas em Ass. de PVHIV, Chibuto.

Alguns entrevistados referiram que ***hoje o kutchinga é também associado a questões económicas***:

> *"...Hoje em dia o kutchinga também tem a ver com interesse [interesse em bens do falecido]...muitas vezes a família do falecido [marido] está interessada em se apoderar dos bens do malogrado...e a própria mulher para não perder os bens deve continuar a fazer parte da família, então, ela não tem escolha, deve aceitar tchingar com o cunhado porque senão pode ser mandada embora de casa...por outro lado o irmão quer ficar com aquela mulher por causa dos bens que eram do seu irmão que faleceu, porque passam a pertencer a ele...nesta forma de tchingar não se usam plantas..."* - Viúva, membro de Associação de PVHIV, Chibuto, grupo focal.

4.6.2. Factores Comportamentais

a) Conhecimento e lacunas em relação à transmissão e prevenção do HIV e SIDA

Tal como referido no INSIDA 2009, o conhecimento e acesso à informação sobre HIV e SIDA (formas de transmissão e prevenção) no seio da população, tanto na camada jovem como nos adultos tem registado melhorias significativas, mostrando-se mais satisfatória nas zonas urbanas e semi-urbanas. O presente mapeamento cobriu zonas urbanas e semi-urbanas e os resultados das entrevistas realizadas não mostraram resultados diferentes.

Os entrevistados partilham da opinião que, as pessoas não só têm um bom nível de conhecimento e acesso à informação sobre o HIV (sobre as suas manifestações, formas de transmissão e prevenção), como acreditam na sua existência.

A abordagem de prevenção, usada pelas Associações revela, igualmente, domínio por parte dos activistas e membros das Associações, sobre as formas de transmissão do HIV e SIDA e os principais métodos de prevenção. No entanto, os resultados do mapeamento mostram que o acesso à informação sobre HIV e SIDA (formas de transmissão e prevenção), e o conhecimento do seroestado positivo pelas PVHIV, não se traduz necessariamente, em adopção de atitude e comportamento em relação à transmissão e reinfecção do HIV.

Para os entrevistados, hoje, o desafio na prevenção do HIV não está no acesso à informação e conhecimento sobre transmissão e prevenção do HIV, mas, na consciencialização sobre a responsabilidade individual na mudança de atitude e comportamento de risco, para redução da infecção e reinfecção pelo HIV no seio da população em geral e de PVHIV, respectivamente.

Relativamente as lacunas em relação ao conhecimento e informação sobre HIV, tanto por parte dos activistas como da comunidade em geral (PVHIV), estas prendem-se com aspectos relacionados com o tratamento e razões da discordância entre casais.

b) Fraco uso do preservativo

Em geral, o uso de preservativo tem sido o principal método de prevenção, promovido pelas Organizações Comunitárias (activistas) e profissionais de saúde. No seio das PVHIV, a mensagem sobre a importância do uso de preservativo é enfatizada pela necessidade de redução do risco de reinfecção e consequências negativas da reeinfecção.

Os resultados do mapeamento mostram que o uso consistente de preservativo, incluindo no seio das PVHIV, ainda é um desafio. Na opinião dos entrevistados, apesar de haver conhecimento sobre os riscos de reinfecção, ***a consciência de irreversibilidade do estado serológico positivo aliada à possibilidade e disponibilidade do tratamento, e crença no poder do tratamento anti Retroviral (TARV) levam a que os comportamentos de risco, incluindo o fraco uso de preservativo, prevaleçam no seio de PVHIV***:

> *"Agora que temos o TARV, as PVHIV acham que é tudo, estão relaxadas não têm medo de nada porque sabem que basta fazer tratamento está tudo bem...isto acontece mais com os casais, até dizem, somos os dois HIV positivos e não estamos doentes [não se sentem mal de saúde] e depois os dois estamos em tratamento..."* - Coordenadora e Activista de Associação de PVHIV em Xai-Xai.

> *"As pessoas hoje não têm medo de ser HIV positivos, sabem que existe o tratamento e confiam, têm medo de chegar a fase de SIDA mas não de contrair HIV...com o TARV acham que têm a solução...como se não bastasse gratuita...as pessoas até comparam o HIV à malária, dizem mesmo, o HIV é como uma malária basta cumprir com a medicação..."* - Coordenadora Associação de mulheres PVHIV Maputo Cidade.

> *"As PVHIV acham que não precisam mais usar preservativo porque já têm o vírus de que deviam se proteger usando preservativo..."* - Activista Associação Mista Maputo Província.

A mesma percepção é partilhada pelos profissionais de saúdes:

> *"Agora as dúvidas que os pacientes apresentam são do tipo, porque é que uns iniciaram o TARV e nós não...o doente só quer iniciar o tratamento, é a maior preocupação, sentem-se seguros a tomar medicamentos, é preciso explicar-se melhor aos pacientes quando e porque é que a pessoa inicia o TARV..."* - Médica, CS Xai-Xai.

As intervenções em grupos focais com PVHIV evidenciaram que o uso de preservativo é algo estranho a relações conjugais como casamento. O desejo de satisfação sexual sem quaisquer barreiras (tanto do homem como da mulher), foi uma das razões principais apresentada pelas PVHIV em geral para o uso inconsistente do preservativo:

> *"...mamã, ele é positivo eu sou positiva, não é fácil convencer um homem a usar preservativo... eu mesma, fiz todos os possíveis de fazer sexo com preservativo, mas também não sentia nada... epa... agora eu ponho vaselina no sexo do meu marido para não me causar feridinhas [fissuras] e não me reinfectar... falando sério, depois de muitos anos a*

vivermos juntos e a fazer sexo sem preservativo para hoje começarmos a fazer com preservativo, não é fácil, mesmo para mim que sou mulher..." - Mulher adulta durante uma discussão em grupo com mulheres HIV positivas na Cidade de Maputo.

"...meu marido é HIV negativo, ele sabe que sou HIV positiva, quando começamos a namorar usávamos sempre preservativo, mas um dia ele disse, hoje eu não estou disposto a ter relações sexuais com preservativo...implorou e disse que só seria naquele dia...depois do acto, ele suspirou e disse, afinal você anima assim? Nunca mais vou aceitar manter relações sexuais contigo com preservativo...a partir daí nunca mais usamos até hoje, ele não aceita..." - Mulher jovem, PVHIV Grupo focal com mulheres PVHIV, Associação de PVHIV Xai-Xai.

O desejo de procriação e formação de família, especialmente nos casais jovens, foi evidenciado como uma das motivações para uso inconsistente do preservativo. Sobre o facto, os entrevistados referiram:

"Onde se faz filhos, ou se quer fazer filhos, o preservativo não tem espaço..." - Activista, Associação de PVHIV Xai-Xai.

"...se você questiona, dizem ah, eu uso preservativo mas agora estou bem, sinto-me bem por isso decidi ter filhos...depois de ficar grávida voltei a usar [preservativo]. A maior riqueza de um africano são filhos, vais dizer o quê..." - Coordenadora de Ass de PVHIV Xai-Xai.

Um líder religioso e representante de OCB questionou a justificação segundo a qual é a necessidade de procriação e formação de família que leva a fraca adesão ao preservativo, referido que esta não tem cabimento no seio de casais com filhos e idosos:

"...é dito que o preservativo é um entrave para a procriação, nesse sentido, não entendo adultos e os idosos que já têm filhos e não têm idade para ter mais filhos ou pelo menos não têm necessidade, mas mesmo assim, são relutantes em usar preservativo... as pessoas da minha idade [idosos] dizem que preservativo é para crianças [referindo-se aos jovens] dizem mesmo, aquilo é para jovens não é para nós..." - Presidente de Associação de base religiosa de apoio a PVHIV, Matola.

Segundo alguns entrevistados, ***o preservativo é ainda associado à relações extraconjugais e infidelidade, e sexo sem preservativo à prova de amor, confiança e fidelidade mútua. Esta percepção pode dificultar ou contribuir negativamente para a PP***:

"A mulher ainda acha que fazer sexo sem preservativo é prova de amor e fidelidade, principalmente se seu marido é HIV positivo e ela não...o mesmo acontece quando a situação é inversa...as mulheres não exigem o uso de preservativo para provar amor e confiança, que está tudo bem na relação...tudo isso para manter o casamento, mesmo sabendo dos perigos... - Coordenador da Ass. de PVHIV Maputo Cidade.

"...o meu homem lá em casa não aceita usar preservativo, mesmo sabendo que precisamos nos proteger porque falam lá no hospital... ele sabe tudo isso ai, mas não aceita... vou fazer o quê, é meu marido... se eu não aceito vai ser pretexto para ir lá fora e me trazer outras doenças..." - Idosa, PVHIV, beneficiária de uma Ass. de PVHIV na Cidade de Maputo - Grupo Focal.

No caso de casais discordantes, a necessidade de prova de amor incondicional e solidariedade ao parceiro HIV positivo constituem factores que influenciam negativamente na PP:

"...eu sou positiva mas meu marido é negativo... ele não aceita usar preservativo, diz você é minha mulher, eu não posso usar preservativo com minha mulher... ele sabe dos riscos todos, é Activista..." - Mulher jovem, PVHIV Grupo focal com mulheres PVHIV, Ass. de PVHIV Xai-Xai.

A opinião de alguns profissionais de saúde em relação ao uso de preservativo no seio de casais demonstra que os provedores de saúde necessitam de habilidades para aconselharem sobre PP:

"Muitas vezes, os pacientes não aderem a abordagens que os privam da sua vida normal...muitos dos pacientes questionam, Dra., você usa preservativo com seu marido?..." - Médica, CS Polana Caniço, Maputo Cidade.

Apesar da evidência da fraca adesão ao uso de preservativo, ***existe uma tendência no seio de casais adultos, de optar pela fidelidade mútua como método de prevenção positiva***, como atesta o depoimento abaixo apresentado:

"...os casais jovens alegam que precisam ter filhos, os idosos dizem que em toda a vida nunca usaram preservativo, não vai ser hoje depois de muitos anos de casados que vão usar...alguns até dizem, os nossos sangues já estão habituados, já se juntaram, só precisamos ser fiéis um a outro, não devemos envolver terceiras pessoas para não nos reinfectarmos [com outros vírus], mas usar preservativo, isso não, vamos optar pela fidelidade..." - Mulher adulta PVHIV, Activista de Ass. de PVHIV em Maputo Cidade.

c) Fraco acesso e percepção negativa sobre a qualidade do preservativo masculino gratuito

Apesar de todas as Organizações promoverem o uso de preservativo como método de prevenção, muitas vezes estas vêm-se na incapacidade de fornece-los regularmente à comunidade em geral e aos seus beneficiários (PVHIV) em particular. A escassez de preservativos foi notória nas visitas realizadas às Associações/OCBs e USs, com maior frequência em Gaza. Para os entrevistados, ***o acesso irregular ao preservativo foi considerado um dos factores de influência negativa para uso consistente do Preservativo***:

"Nós sensibilizamos as pessoas a usarem o preservativo, mas em contrapartida não temos capacidade de fornecer esse mesmo preservativo, ai está a nossa fraqueza...aqui em Xai-Xai, para apanhar preservativo gratuito numa barraca ou em qualquer outro lugar é difícil, [a pessoa] pode andar daqui a cidade para encontrar preservativo...as pessoas não vão deixar de fazer sexo porque não há preservativo...mas se o acesso fosse fácil e regular, talvez as pessoas fizessem uso... A questão em Gaza para mim, é que as pessoas não têm opção, o acesso ao preservativo gratuito é um caso e não há divertimento, os jovens só namoram aqui, e em casa...o que pode acontecer..." - Activista jovem de Ass. de PVHIV em Xai-Xai.

"Há muitos jovens que aparecem aqui na Associação para pedir preservativos, mas nem sempre temos, isto também é complicado, sensibilizar e depois não ter como responder..." - Associação de PVHIV Chibuto.

No seio dos adolescentes e jovens para além do acesso, a motivação para uso de preservativo depende de factores adicionais como a qualidade do preservativo, muitas vezes traduzida na marca e fama do preservativo. Os preservativos com embalagens atraentes, mais publicitados, com aroma e sabor, são os preferidos pelos jovens:

"Os jovens são motivados pela moda. Hoje os adolescentes querem usar preservativo PRUDENCE [marca de preservativo] para exibir que estão na moda, e têm vergonha de usar o preservativo gratuito comum" - Activista do SAAJ, Programa Geração BIZ - CS Maputo Cidade.

"Os adolescentes e jovens dizem que o preservativo corta prazer... os que usam preservativo têm preferências...dizem que o preservativo gratuito, aquele que tem embalagem branca cheira a borracha e não anima...querem PRUDENCE, porque querem ter preservativo publicitado, numa embalagem bonita, com bom aroma e tal..., alguns até dizem, se não tem PRUDENCE prefiro não usar, esses gratuitos não são bons [referindo-se aos gratuitos em embalagem branca], criam alergia..." - Activista jovem, geração BIZ, CS Maputo Cidade.

"Os preservativos distribuídos gratuitamente não são aceites pelos jovens, nós compramos PRUDENCE porque os jovens querem PRUDENCE, e mesmo que o jovem não use por consciência de risco, usa por curiosidade e para exibir a menina [que ele usa prudence]...e mesmo as meninas gostam de exibir [às amigas] que usam PRUDENCE com seu namorado..." - Coordenadora de Associação de Jovens, Xai-Xai.

d) Fraca adesão ao preservativo feminino

O preservativo feminino tem sido visto como um instrumento de empoderamento da mulher na prevenção do HIV. Contudo, segundo os entrevistados, ***o preservativo feminino não é aceite pelas mulheres***:

"O preservativo feminino não tem aceitação, mesmo nossas activistas não levam, preferem o masculino...dizem ah isso mete medo, é grande..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Xai-Xai.

Em grupos de discussão, as mulheres (activistas e membros das Associações) referiram na primeira pessoa que preferem o preservativo masculino. Foi evidente no entanto, que ***algumas mulheres nunca sequer experimentaram usar o preservativo feminino, o seu julgamento em relação a este é baseado na aparência do mesmo***:

"eh, mesmo eu, ixh, nada, aquilo ali é grande...dá impressão que aleja, uhm...prefiro preservativo masculino, prefiro obrigar o homem a usar..." - Activista membro de Associação de PVHIV Maputo Cidade numa discussão de grupo.

"...mesmo eu, prefiro o masculino, aqui na Associação tem preservativo feminino, mas eu prefiro o masculino... feminino mete medo mesmo, você vê aquela argola grande para introduzir dentro de ti, eh não..." - Activista membro de Associação de PVHIV Maputo Cidade numa discussão de grupo.

e) Fraca consciência sobre responsabilidade individual na prevenção

Para alguns entrevistados, a responsabilidade no uso de preservativo ainda é atribuída a outrem (ao parceiro), nunca a si próprio. Segundo eles, ***a fraca consciência de responsabilidade individual na prevenção, especialmente no uso de preservativo, contribui para que os comportamentos de risco em relação a prevenção do HIV sejam perpetuados***. Sobre o facto, alguns entrevistados pronunciaram-se dizendo:

"...é difícil saber se é o homem ou a mulher que não aceita usar preservativo, a verdade é que todos responsabilizam um ao outro como pretexto para continuar mantendo relações sexuais sem preservativo... as pessoas querem sentir prazer sem preservativo, essa é a verdade... o homem muitas vezes é imputado maior responsabilidade e papel decisivo no uso ou não do preservativo, e as mulheres assumem o papel de vitimas, mas muitas vezes o que acontece é que o assumir este papel de vítima e de obediência é usado para justificar sua atitude, desejo [de manter sexo sem protecção] e cumplicidade no comportamento de risco... - Coordenador Associação de apoio a PVHIV, Gaza - Chibuto.

"Quando olho para trás, para os argumentos que usávamos dizendo que os homens são renitentes, não querem usar preservativo, começo a ter dúvidas... a própria mulher ainda é um grande desafio em termos de ser activa na mudança de atitude e comportamento... hoje com preservativo feminino as mulheres dizem que o preservativo é grande, ora porque mete medo meu marido vai penetrar e sentir a sensação de borracha, dão com cada justificação para dizer que o homem não aceita usar preservativo e engrenar no sexo sem protecção... há necessidade de se sensibilizar a própria mulher..., muitas vezes elas são a chave para uma relação com ou sem protecção e muitas vezes as próprias mulheres não se manifestam, não exigem o preservativo, não tentam sequer negociar porque já meteram na cabeça que os homens não aceitam e preferem engrenar nessa... as mulheres esperam sempre que seja o homem a ter a iniciativa..." - PVHIV, coordenadora e membro de uma Ass. de PVHIV na Cidade de Maputo.

f) Mensagens de Prevenção e meios de comunicação usados

Segundo o PEN III (2009), a resposta moçambicana ao HIV e SIDA só poderá ser mais efectiva se observar a necessidade de implementar estratégias de comunicação atentas às características da epidemiae aos contextos socio-culturais. Para tal, é crucial que o conteúdo das mensagens reflitam as necessidades, comportamentos e culturas locais. Esta visão é também evidenciada nos resultados deste mapeamento. Alguns entrevistados referiram que, ***a moçambicanização e harmonização das mensagens e o uso de métodos e meios de comunicação que respondam às necessidades actuais, podem contribuir positivamente na PP***. Para ilustrar:

"Precisamos de material de IEC [Informação, Educação e Comunicação] direccionado à nossa realidade, que abordem questões culturais e de género relevantes e que incentivem a mudança de atitude e comportamento... precisamos de manterias de comunicação com imagens [ilustrativos], as pessoas precisam ver com os seus próprios olhos o que o vírus causa no corpo... com imagens pode ajudar a conscientização, as imagens despertam mais interesse e atenção, é diferente de só falar... podíamos também ter filmes feitos com imagens de pessoas daqui da nossa comunidade, pessoas HIV positivas dando seu testemunho e exemplo... Na nossa Associação, quando temos um novo caso de alguém que está muito mal, nós pedimos autorização para tirar fotos, nesse caso poderíamos filmar, e quando melhoram tiramos outras fotos... estas pessoas têm dado testemunho na comunidade e mostram aquelas fotos... assim as pessoas podem ver que apesar de existir tratamento para o HIV que é uma mensagem de esperança, podemos mostrar a outra parte do HIV, os perigos... é preciso começarmos a trabalhar com exemplos reais aqui da nossa comunidade..." - Oficial de programa de Associação de PVHIV, Chibuto.

Outros entrevistados foram de opinião que ***as abordagens e mensagens de prevenção não são uniformes, e isto constitui um problema no aconselhamento para a prevenção no seio de PVHIV***, especialmente para o uso do preservativo. Relativamente ao assunto, a opinião de alguns profissionais de saúde é que:

"Algumas mensagens passadas nos canais televisivos nacionais tiram toda autoridade do profissional de saúde perante seu paciente [HIV positivo]. Por exemplo, se estamos a dizer que é possível um casal HIV positivo ter filhos HIV negativos desde que vá ao CS e siga as instruções do médico... sim é verdade que é possível, mas a mensagem está incompleta, as pessoas não entendem que devem ir ao CS antes de engravidarem e que para isso depende de outros factores ligados a saúde da mulher que pretende ser mãe... fazer filho implica necessariamente sexo sem protecção, pelo menos no nosso País porque ainda não temos condições para inseminações gratuitas ou acessíveis... e quando o médico tenta explicar a mulher HIV positiva que a sua condição de saúde não permite que tenha filhos naquele momento, a paciente até afrontam fazendo referência às mensagens... na próxima consulta já vem grávida... estou a falar de pacientes com CD4 abaixo de 200... precisamos ter cuidado com a informação que passamos e como passamos, porque em certa medida, nos contradizemos uns aos outros..." - Directora clínica, CS Maputo Província.

Segundo a maioria dos entrevistados, ***o meio de comunicação e a língua jogam um papel importante na transmissão e recepção de mensagens***, e estes podem ser usados favoravelmente para a PP:

"Precisamos apostar mais em materias audiovisuais, a maioria dos vídeos são em português, as pessoas vêm as imagens, mas não compreendem, precisamos explicar e a explicação não é como tu receberes a mensagem em primeira mão...se tivéssemos vídeos locais [com personagens e histórias verídicas locais] o impacto seria outro..." - Activista de Associação de PVHIV, Chibuto.

"O livro, a brochura, o folheto são mestres mudos, a interacção é importante, o diálogo interactivo tem maior efeito em relação a informação escrita... " - Activista de Associação de PVHIV, Xai-Xai
"O método interactivo em grupos de discussão restritos (grupos de pares), por exemplo de mulheres jovens casadas, traz melhores resultados em termos de sensibilização e conscientização das pessoas...passar mensagens através de televisão ou cartazes não é suficiente apesar de abrangentes...as discussões focalizam uma situação e realidade específica e concreta, baseiam-se em situações reais e concretas cujos actores estão ali presentes...somos seres humanos, precisamos interagir..." - Activista de Associação de PVHIV, Xai-Xai.

"Todos os tipos de materiais são importantes e eficazes para um grupo específico, mas a experiência mostra que muitas pessoas pegam num folheto e não terminam sequer de ler...a abordagem interactiva, seja através de grupos de apoio, ou educação de pares ou até mesmo de palestras, o consumo de informação é imediato e as pessoas colocam suas dúvidas no momento, mas os folhetos não trazem esta componente, até pode ter informação sobre onde buscar mais informação em caso de dúvida, mas isso requer tempo para se deslocar ao local ou crédito para ligar e assim perde-se oportunidade de informar...a pessoa vai com sua dúvida..." - Activista de Associação de PVHIV, Xai-Xai.

"Precisamos de parceria com as rádios comunitárias porque para fazer programa na rádio numa hora que as pessoas já estão em casa a escutar, paga-se, e paga-se bem, e durante o dia só os homens participam porque aqui rádio é para homens, é um acessório ligado ao homem, para a mulher escutar tem que ser depois de marido voltar para casa... Precisamos de realizar debates radiofónicos em língua local com uma linha telefónica para interagirmos com as pessoas...mas isso custa caro..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Xai-Xai.

4.6.3. Factores Institucionais

De acordo com a abordagem de PP ou Vida Positiva, o tratamento constitui um dos elementos fundamentais para prevenção da propagação do HIV, e vários factores concorrem para a adesão ao tratamento. A qualidade no atendimento aos pacientes foi fortemente apontada pelos representantes das Associações e pelas PVHIV, como sendo um desses factores.

a) Atitude dos Profissionais de Saúde

Segundo as PVHIV, apesar de se registarem melhorias, ***algumas atitudes dos profissionais de Saúde promovem o estigma e discriminação das PVHIV e contribuem para a má adesão ao Tratamento***. Em geral, críticas foram direccionadas aos profissionais de saúde afectos nas farmácias das US:

"Ainda há atitudes de discriminação nos CS, principalmente nas farmácias... por exemplo, se tu és um doente não aderente, ou se por alguma razão falhas o dia de ir buscar medicamentos, você é chamado atenção no gabinete médico, no aconselhamento e na farmácia... até compreendo que a pessoa precisa de ser chamada atenção, mas a farmácia sendo um lugar aberto, a repreensão do profissional de saúde é em público... muitas vezes o profissional de saúde faz questão de falar alto e zangar consigo sem respeito nenhum porque você faltou e sem querer saber a razão... isso não pode.. .muitas vezes em vez deste paciente tornar-se aderente desmotiva, em casos piores preferem ficar em casa e morrer com a sua doença do que ser mal tratado em público... não há modos no tratamento das PVHIV..." - Coordenadora de Associação de PVHIV em Maputo Cidade.

"A atitude dos profissionais de saúde promove o estigma e discriminação... por exemplo nas farmácias, os doentes ficam todos sentados nos banco a espera, quando atendem um doente que tenha falhado o dia de ir buscar o medicamentos, o farmacêutico berra ali mesmo em frente a toda gente em voz alta, e usa uma linguagem tipo... como os comprimidos são gratuitos por isso o senhor ou a senhora não valoriza não é? Parece até que fazem esforço de humilhar as pessoas, de divulgar o estado serológico das pessoas, não é assim... eu acho que o papel de corrigir deveria ser do conselheiro ou médico, o gabinete de aconselhamento e gabinete médico são lugares restritos e se a pessoa não adere o médico ou psicólogo ou conselheiro é quem deve tentar compreender porquê e aconselhar ou repreender esta pessoa... mas não, os pacientes HIV positivos não são respeitados, são tratados como crianças... " - Grupo focal em Maputo Província, Ass. de PVHIV Maputo.

"Temos muitos doentes que estão em TARV que viajaram a uma outra província pensando que não vão demorar mas acabaram levando muito tempo lá e os medicamentos acabaram, estes quando voltam têm medo de ir ao hospital... Têm medo de como irão ser tratados, já sabem que vão ser insultados em frente a toda gente e outros preferem ficar em casa sem tomar comprimidos do que passar por essa situação... A maneira como as pessoas são tratadas...eixh..." - PVHIV e Activista da Ass. de PVHIV em Chibuto.

Para além da atitude 'discriminatória' dos profissionais de saúde na farmácia, as PVHIV referiram que os profissionais de saúde, em geral, usam seu poder para repreender de forma não aconselhável ('desrespeitosa') os pacientes. Sessões de observação, permitiram ouvir comentários de pacientes referindo que algumas formas de repreensão usadas não ajudam para a adesão ao TARV, pelo contrário, desmotivam. Uma das intervenções em sessão de observação directa proferidas por um paciente num CS em Maputo Província foi:

"Estes aqui não entendem nada, assim dizem que me estão a castigar, acham que não tenho responsabilidade, que só fiquei em casa de propósito para não vir buscar medicamentos? Não procuram saber porque você não veio... eu trabalho, nem sempre dá para eu vir no dia marcado por causa de trabalho... nem todos chefes entendem quando você diz que precisa de ir ao hospital... eu sou a pessoa mais interessada pela minha vida do que eles, tratam uma pessoa como irresponsável... me deram comprimidos só para 15 dias, dizem que estão a me punir para eu não faltar mais... assim estou aqui para aconselhamento..." - Paciente adulto, HIV positivo em TARV, a espera de Aconselhamento no CS Maputo Província.

"Mesmo eu, da outra vez, marcaram minha consulta para Domingo [fim de semana], o médico falhou na data, quando cheguei aqui na Segunda-feira começaram a berrar para mim, nem quiseram me ouvir, estes mesmo... como é tua saúde, você vai fazer o quê..." - Paciente HIV Positivo em TARV (sexo feminino) a espera de Aconselhamento no CS Maputo Província.

A opinião dos profissionais de saúde em relação às formas de repreensão por eles usadas é que:

"...os pacientes não aderentes precisam de ser corrigidos de modo que não tornem a suspender o tratamento. Segundo os profissionais de saúde, o não cumprimento na data de consulta ou de levantamento de medicamentos é um indicador de má adesão. Nestes casos, há necessidade de chamar a consciência ao paciente sobre as consequências da má adesão para o paciente e para o pessoal de saúde. O não cumprimento de datas de consulta contribui para o elevado número de pacientes em consultas em dias subsequentes e nós pretendemos reduzir as enchentes... como forma de reduzir o número de casos de não cumprimento de datas, o profissional de saúde, neste caso o Médico, Técnico ou Conselheiro tem a tarefa de chamar a consciência/corrigir este paciente..." - Médica, CS Xai-Xai.

"Há pacientes que não vem no dia indicado levantar seus medicamentos e quando vem ao CS dizem Dra. eu não deixei de tomar medicamentos, tomei emprestado do meu marido porque ele ainda tinha muitos, levei na condição de devolver quando levantar os meus... estes mostram claramente que não entenderam nada, ninguém deve tomar medicamento de outros... quando é assim nós mandamos de volta para o aconselhamento e durante esse período paramos com o TARV... este regresso ao aconselhamento chamamos de escola... o paciente deve voltar a escola do TARV... é uma maneira de corrigir os pacientes, sabemos que eles não gostam de voltar as sessões de aconselhamento para o TARV, porque já passaram por lá e são mais ou menos 3 semanas... mas fazemos isso para repreende-los... por vezes damos medicação para 15 dias como mecanismo de repreensão... assim ele deve voltar duas vezes ao US no mesmo mês e como eles não querem que isso aconteça dai em diante corrigem seu comportamento... é um método que nós usamos, não sei se correcto mas... " - Técnica de medicina CS Xai-Xai.

b) Deficiência dos profissionais de saúde em habilidades para aconselhamento e atendimento à PVHIV

Ainda relacionado aos serviços, parte dos entrevistados referiu que ***a qualidade do aconselhamento é deficitária e contribui para a fraca adesão ao tratamento***:

"Os funcionários de saúde ainda têm muitas lacunas em como lidar e aconselhar uma PVHIV, talvez porque muitas vezes eles não vivem este problema ou não se identificam como PVHIV... é mais eficaz o aconselhamento de uma PVHIV para outra PVHIV, porque falam a mesma linguagem, há uma compreensão e confiança mútua..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Maputo Cidade.

"Eu sou de opinião que a Saúde deve trabalhar mais com as Associações, porque os activistas de Associações de PVHIV já ultrapassaram a questão de estigma e muitas vezes dão o seu próprio exemplo ao paciente... os profissionais de saúde precisam ser melhor capacitados em como lidar com PVHIV... o aconselhamento e a relação entre paciente e profissional de saúde é fraca, muitas vezes a adesão depende da relação que se tem com o paciente..." - Coordenadora Ass. de PVHIV em Xai-Xai.

Em relação ao aconselhamento, alguns profissionais de saúde, particularmente nos SAAJ, são de opinião que a revelação do estado serológico e o aconselhamento pós - teste não é tarefa fácil, mesmo de um profissional de saúde para paciente, especialmente para adolescentes:

"...a revelação do estado serológico a um adolescente é um dos desafios para a prevenção... já aparecem muitos adolescentes de 13 a 14 anos no SAAJ que são HIV positivos... é complicado revelar um resultado positivo a um adolescente que vem à-vontade, convencido que está tudo bem com ele, porque muitas vezes eles vêem em grupo por influência mútua... muitas vezes adiamos marcamos consultas para preparar o adolescente e nem sempre este adolescente volta e se calhar não deixa de ter relações sexuais... temos de ter mais capacitação em habilidades de como lidar com adolescentes, como revelar seu estado, não basta ser Psicólogo ou Técnico afecto em serviços de SAAJ, precisamos de uma capacitação contínua para lidar com esta camada sem contudo criar outras situações negativas..." - Enfermeira SAAJ, CS Maputo Cidade.

c) Elevado tempo de espera na US

Para além da qualidade de atendimento, os activistas, PVHIV, e representantes de Associações, OCBs e de algumas US, são de opinião que ***o elevado tempo de espera na US é um dos factores que contribui negativamente na adesão ao tratamento na PP***:

"O tempo de espera na US ainda é muito longo, a pessoa vai ao hospital cedo, leva todo dia lá sem comer nada... por vezes a pessoa acabam indo para casa de não aguentar mais..." - Activista Ass. PVHIV Xai-Xai.

"...as pessoas chegam de manhã cedo e levam todo dia no CS e muitos deles vem de longe e são pobres sem condições para comprar algo para comer..." - Activista membro de Associação de PVHIV.

Relativamente a ao tempo de espera, um gestor de CS proferiu algumas palavras em torno do assunto dizendo:

"O Centro de Saúde tem reuniões mensais com pacientes HIV positivos... nessas reuniões reclamavam a demora no atendimento, a perda de processos entre outros aspectos, mas nós explicamos que a descentralização é recente, ainda estamos no processo de descentralização, por causa disso, tivemos aumento no número de pacientes... A US ainda está a reorganizar-se tanto a nível de gestão de processos como de consultas e preenchimento da agenda dos profissionais de saúde, etc... hoje eles já entendem o porquê da situação e está bem melhor..." - Profissional de saúde, CS Xai-Xai Cidade.

d) Organização dos Serviços e Procedimentos

De acordo com os entrevistados, a Organizações dos serviços e os procedimentos usados nos serviços de HIV e SIDA constituíam um dos factores promotores de estigma e discriminação nas US. Segundo eles, ***apesar de se registarem grandes melhorias, ainda prevalecem alguns procedimentos que propiciam a promoção do estigma e discriminação nas US, como por exemplo, a assinatura no acto de levantamento de medicamentos por parte das PVHIV***:

"Um dos maiores problemas de discriminação na US era a diferenciação de cores de cartões entre doentes PVHIV não PVHIV, agora estão a uniformizar, gradualmente estão a substituir os cartões para mesma cor, mas ao nível da farmácia ainda há problemas... Por exemplo, o paciente HIV positivo deve assinar uma ficha naquele momento que está a levantar o medicamento em frente a toda gente, e as pessoas já sabem que este é HIV positivo porque os outros não assinam... até alguns perguntam porque é que aqueles assinaram e outros não... ficam a saber, não pode ser assim... aqueles que estão a iniciar o TARV se não têm coragem desistem..." - PVHIV, Associação de PVHIV em Maputo Província.

A harmonização na organização dos serviços e procedimentos para utentes PVHIV e não PVHIV, constitui uma das abordagens que poderiam ser usadas pelos serviços de saúde no sentido de combater o estigma e discriminação vividos pelas PVHIV.

e) Ruptura de stock de medicamentos

A disponibilidade regular de medicamentos é um dos pressupostos fundamentais para a adesão ao tratamento. No entanto, por diversas razões, ***a ruptura de stock de medicamentos para tratamento de PVHIV (ARVs)*** é uma realidade no país. Este aspecto foi levantado pelos entrevistados como de influência negativa na adesão ao tratamento:

"A questão da adesão é complicada, por vezes falta medicamentos nas US, mesmo TARV, por exemplo em Chicualacuala, um doente nosso que estava a uma semana sem TARV e comentou, vocês passam a vida a dizer que não devemos falhar na medicação, estou a uma semana sem TARV, afinal quem não está a aderir?... com esta paragem corre-se o risco de o paciente achar que afinal pode ficar uma semana sem tomar a medicação e que não acontece nada, sim... e no futuro ele próprio pode se dar folga, se até o hospital que ele confia, permite-lhe ficar uma semana sem medicação... por outro lado não têm dinheiro para voltar em curto espaço de tempo à US." - Coordenadora de Ass. de PVHIV Xai-Xai.

4.7. FACILITADORES COMUNITÁRIOS DA PP MAIS CREDÍVEIS E SUSTENTÁVEIS

4.7.1. Praticantes da medicina tradicional (PMT)

Apesar do acesso cada vez maior aos serviços de saúde em geral, e de HIV e SIDA em particular, a maioria das pessoas ainda usa o curandeiro ou Praticante de Medicina Tradicional (PMT) como primeiro recurso para tratar de qualquer que seja a doença, incluindo o HIV e SIDA. Segundo os entrevistados, a opção de ir em primeiro lugar ao curandeiro, prende-se com a tradição e cultura.

Segundo os entrevistados, o PMT faz a lavagem de problemas espirituais. Esta prática é necessária mesmo para que o paciente ao chegar ao hospital esteja livre de doenças espirituais, permitindo assim que a doença biológica ou física seja facilmente e correctamente diagnosticada pelo profissional de saúde. Contudo, com o envolvimento dos PMT em formações sobre HIV e SIDA (dirigidas pelo Institudo de Medicina Tradicional/MISAU), hoje, muitos PMT, depois da lavagem espiritual, encaminham ou aconselham o seu paciente a dirigir-se ao hospital. Este facto já é uma realidade, especialmente os PMT filiados à AMETRAMO.

A opinião dos entrevistados, especialmente na província de Gaza e Manhiça (Maputo Província) ***é que o PMT têm uma grande influência na decisão dos indivíduos e das famílias***, como atestam as intervenções:

> *"...muitas pessoas ainda recorrem primeiro ao curandeiro, é nossa tradição... se os curandeiros não estão capacitados estas pessoas podem perder tempo e a vida em casa do curandeiro, mas se o curandeiro está capacitado em matéria de HIV e SIDA, ele pode referir este paciente a US ou a uma Associação... os curandeiros que estão filiados a AMETRAMO têm participado em formações em matéria de HIV e SIDA e estes já inclusive referem doentes a US, mas nem todos os curandeiros estão filiados a AMETRAMO, ainda é difícil trabalhar com estes... não há dúvidas que o curandeiro é uma pessoa muito ouvida e respeitada pela comunidade, se um curandeiro aconselha um paciente seu a ir ao hospital este certamente irá ao hospital...é preciso que se trabalhe cada vez mais com os curandeiros..."* - Coordenadora de Associação de Apoio a PVHIV e COVs Chibuto.

> *"... Muitas vezes o primeiro socorro é o curandeiro, mesmo quando há desentendimento numa família, chama-se o curandeiro para vir ver o que se passa e aconselhar... Aqui os curandeiros são muito importantes, por isso devem ser envolvidos em capacitações... se um PMT aconselha um paciente seu a ir ao hospital, geralmente este vai e adere ao tratamento..."* - Coordenadora de Associação de PVHIV Maputo Província, Manhiça.

Sendo os PMT pessoas respeitadas na comunidade e com influência nas decisões das famílias e dos indivíduos, estes podem contribuir positivamente na mudança social e de comportamento para a PP, em particular, os afiliados à AMETRAMO. Contudo, segundo alguns entrevistados, alguns PMT ainda adoptam práticas, atitudes e comportamentos não favoráveis à PP e que atentam à vida dos seus pacientes:

> *" Muitas vezes o PMT sabe o que seu doente tem e que precisa de tratamento médico hospitalar, mas ele continua retendo a pessoa porque tem receio que este vá ao hospital e melhore lá, e por consequência não volte mais, não precise mais dele... para o médico tradicional a pessoa não é só um paciente, é sobretudo um cliente, é alguém que mete dinheiro para seu sustento... precisamos trabalhar mais com os PMT porque as pessoas acreditam muito neles... você vai ao curandeiro aqui, encontra pessoas de baixa... têm enfermarias..."* - Coordenadora de Associação de Apoio a PVHIV e COVs Chibuto.

> *"...É preciso trabalharmos mais coma a AMETRAMO, os mineiros preferem ir ao curandeiro do que ao hospital, e alguns curandeiros mesmo sabendo que esta pessoa não tem problemas espirituais são problemas que precisam de hospital, vão dando banhos e banhos ao doente e a pessoas vai perdendo tempo ali no curandeiro... quando o curandeiro diz que não tem mais nada a fazer, é quando decidem ir ao hospital e muitas vezes já é tarde e perdem a vida..."* - Grupo de discussão com activistas da Ass. Uxaca.

Devido ao reconhecimento da importância e influência dos PMT na comunidade, algumas Associações referiram que já envolvem os PMT em suas actividades:

"Nós incluímos os médicos tradicionais e pastores nas nossas actividades, estamos a incluir uma nova abordagem na Associação, queremos trazer os líderes comunitários, tradicionais e os PMT para dentro da Associação. Alguns são nosso conselheiros e vivem a situação das PVHIV e do HIV e SIDA em geral no dia a dia... assim, ao invés de forma-los por uma semana, e trabalhar com eles ocasionalmente, deste modo eles têm formação contínua, aprendem e compreendem melhor..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Manhiça.

4.7.2. Líderes comunitários

Uma opinião colocada é que os líderes comunitários, especialmente os secretários de bairro e chefes de quarteirões, desempenham um papel importante na sensibilização para o teste e tratamento. Segundo os entrevistados, esses intervenientes apoiam as Associações na identificação e sensibilização de doentes na comunidade, para a adesão aos serviços de saúde:

"...o homem que vem da África do Sul é nosso maior desafio, nunca aceitam fazer o teste muito menos usar preservativo com suas esposas, mesmo conhecendo seu estado e da sua esposa como HIV positivos... muitos deles quando voltam já estão muito doentes e alegam que é feitiço, que é obra de inveja, e ficam escondidos com apoio das esposas em casa ou no curandeiro, e alguns acabam morrendo... os que conseguem salvar são aqueles que as esposas vem pedir apoio e nós vamos ao líder comunitário, ele vai sensibilizar, quando o caminho está aberto, nós vamos lá continuar com o trabalho de sensibilização e encaminhamento a US... o secretário do bairro tem um papel muito importante aqui, ele faz o primeiro trabalho de sensibilização e abre caminho para nós, porque se você como Activista vai só, não te abrem a porta..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Manhiça.

4.7.3 Sogras

O papel e poder de influência das sogras, mencionado anteriormente, foi explorado nos aspectos culturais e de género. Segundo os entrevistados, as sogras (das mulheres) exercem uma grande influência e têm poder de decisão na vida conjugal dos filhos. Estas podem desempenhar um papel importante no apoio à adopção da PP, especialmente sogras que tenham alguma responsabilidade social no bairro como chefes de quarteirões:

"...temos agora grupos de discussão com sogras, são cerca de 20 a 25 sogras identificadas na comunidade pelas nossas activistas e são convidadas a participar em reuniões sem contudo dizer que é reunião de sogras, dizemos que é de mulheres... temos supervisoras e activistas idosas, estas desempenham um papel importante na facilitação dos debates porque têm mais informação em relação ao HIV, e sabem qual é o objectivo do encontro, apesar de os assuntos serem definidos pelas próprias participantes. Alguém apresenta um problema e daí começa a discussão em busca de solução. No meio disso vamos incluindo as questões relacionadas a prevenção do HIV, incluindo PTV. Dentro do grupo há sempre algumas sogras que são mais informadas em relação ao HIV, e estas jogam um papel importante na discussão de modo a influenciar as outras no modo de ver a questão do HIV e a influência de algumas práticas culturais na prevenção ou propagação do HIV... já temos exemplos de idosas que dizem as outras que o hospital também trata essas coisas da lua, quando bebé ficar doente é só irmos ao hospital..." - Coordenadora de Associação de PVHIV Xai-Xai.

4.8. FUNCIONAMENTO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA DAS PVHIV DE ORGANIZAÇÕES COMUNITÁRIAS PARA SERVIÇOS DE SAÚDE E OUTROS SERVIÇOS DE APOIO

Para além do acesso a seviços e cuidados de saúde, as necessidades das PVHIV incluem o acesso aos serviços de apoio social, sejam comunitários ou institucionais. Para que o acesso aos serviços seja efectivo, importa que haja um sistema de referência e contra-referência com definição clara sobre os mecanismos de ligação entre os diferentes serviços de que as PVHIV necessitam. Estes, podem ser serviços clínicos e não clínicos fornecidos a nível comunitário e/ou institucional.

Este ponto descreve o funcionamento do sistema de referência ou, melhor, de ligação entre os serviços de apoio às PVHIV existentes a nível comunitário e institucional, as ferramentas usadas e os mecanismos usados para referir as PVHIV de acordo com as suas necessidades.

Em geral, as Organizações Comunitárias que prestam apoio às PVHIV na US são Associações de PVHIV. Apesar de existir um número considerável de Associações de PVHIV que desenvolve acções de sensibilização, aconselhamento, encaminhamento, apoio moral e psicológico e outras actividades educativas sobre HIV e SIDA nas US, não existe um sistema formal de referência e contra-referência de pacientes entre estas e as US, menos ainda um sistema padronizado e sincronizado de monitoria e controlo dos casos referidos pelas Associações às US e vice-versa.

Um facto curioso, é que a maioria dos gestores das US não conhece sequer o nome da Associação que presta apoio às PVHIV na US que dirige, pese embora tenha conhecimento que existem activistas provenientes de Associações, e que desenvolvem actividades de apoio às PVHIV no interior da US.

Um caso particular de boa colaboração entre US e Associações de PVHIV foi registado em Xai-Xai no CS Marien Ngoabi, e em Maputo Cidade no CS Polana Caniço, onde os gestores não só conhecem com que Associações o CS colabora, como também as actividades desenvolvidas pelos activistas. Nos dois centros, os activistas trabalham em estreita colaboração com a UATS.

Outro exemplo de colaboração efectiva entre serviços de saúde e Organizações Comunitárias são os SAAJ. Todos os SAAJ visitados possuem, a tempo integral, activistas de Organizações Comunitárias que colaboram activamente com o profissional de saúde em serviço.

Em geral, não há uniformidade nos termos de colaboração entre US e Associações, menos ainda no funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Na maioria dos casos, as Associações usam os responsáveis dos serviços de aconselhamento como Pontos Focais (PF) de referência de PVHIV. Os PF nem sempre são os mesmos para todas as Organizações Comunitárias que referem pacientes para a mesma US.

4.8.1. Referência de pacientes da comunidade para os serviços de saúde

O MISAU aprovou a guia de referência de pacientes em CD, de Organizações Comunitárias para US (Anexo C), e consta do Manual de Cuidados Domiciliários, também aprovado pelo MISAU. Este instrumento, foi aprovado no sentido de facilitar a referência e contra-referência dos pacientes entre Organizações Comunitárias e US e uniformizar os instrumentos usados para o efeito. Assim sendo, é suposto que todas as Organizações Comunitárias usem a Guia de Referência aprovada pelo MISAU. Todavia, ainda existem algumas Organizações que usam Guias de Referência com layout e cores diferentes, porém, o conteúdo não difere da guia de CD do MISAU.

A guia de referência de CD apresenta uma página dividida em duas partes. Uma parte (de cima) que deve ser preenchida por quem refere, neste caso o Activista, outra parte (de baixo) que deve ser preenchida pelo profissional de saúde, como contra-referência.

O uso deste instrumento permitiria por um lado, facilitar a entrada dos pacientes no sistema de saúde, por outro, que o Activista tivesse como retorno, informação clara sobre o estado clínico do paciente e suas necessidades em termos de cuidados e atenção domiciliar, o que permitiria a continuidade dos cuidados ao domicílio.

Apesar de a maioria das Associações e OCBs que fazem CD possuir a Guia de Referência de CD aprovada pelo MISAU e considerar este instrumento como sendo importante, segundo os activistas, por várias razões este processo não tem funcionado.

Normalmente, os activistas das Organizações Comunitárias acompanham seus pacientes que vão pela primeira vez a US, ou pacientes em estado de saúde debilitado. Em caso de pacientes não acamados e que prefiram ir sozinhos a US, para controlo e confirmação que o paciente chegou a US, os activistas baseiam-se na receita, no cartão do hospital ou o retorno (feedback) do próprio paciente referido à US. Esta informação é obtida na visita seguinte realizada pelo Activista.

Este mecanismo é susceptível à perda de informação importante sobre as necessidades de cuidados e apoio ao paciente pelo Activista.

A fraca colaboração dos profissionais de saúde no preenchimento da contra-referência aliada ao custo de reprodução da guia, foi apontado como o principal factor de desânimo no uso da guia de referência pelas Organizações Comunitárias:

> *"...Já usamos a guia de referência de CD. Tem uma parte que deve ser preenchida pelo profissional de saúde e que o paciente deve levar consigo de volta para o Activista [de modo que o este possa dar continuidade dos cuidados necessários ao paciente no domicílio], mas os profissionais de saúde nunca preenchiam... de que vale continuarmos a gastar papel... mas é algo importante porque o Activista guia-se com base nas notas que o profissional de saúde faz em termos de cuidados específicos que o paciente necessita, seja de apoio moral e psicológico ou outro tipo de cuidado, para seguimento ao domicílio... o sistema de referência e contra referência não existe, não funciona..."* - Coordenador de Associação de Apoio a PVHIV e COVs, Maputo Província.

Para realçar a fraqueza da colaboração entre as Organizações e US, e do sistema de referência e contra-referência, um entrevistado referiu:

> *"Quando morre um paciente, muitas vezes o CS toma como um caso de abandono, isto porque não há troca de informação e uma colaboração efectiva entre as US e as Associações que trabalham nas áreas de cobertura geográfica da US..."* - Coordenador Associação de apoio a PVHIV, Chibuto.

Apesar do reconhecimento da fraca funcionalidade do sistema de referência, os entrevistados são de opinião que ***a existência de um sistema de referência uniforme é importante***:

> *"...os activistas das Associações deviam ter um cartão ou crachá, qualquer coisa passada pelo MISAU ou CS que os identificasse, de modo a facilitar a colaboração entre activistas e o pessoal de saúde... com base na existência de Pontos Focais nos diferentes serviços específicos nos CS, o sistema de referência pode funcionar... temos essa experiência com o hospital psiquiátrico na referência de portadores de deficiência mental. Todos activistas têm um cartão de identificação passado pela saúde..."* - Coordenador Associação de apoio a PVHIV, Maputo Província, Matola.

Os activistas das Associações de PVHIV realçaram também a importância dos PF e do sistema de referência:

> *"Os Pontos Focais dos CS ajudam muito no atendimento e encaminhamento rápido de doentes graves... por exemplo, pacientes que não tenha condições para esperar sentados na bicha para consulta, os PF facilitam no encaminhamento e atendimento rápido deste paciente..."* - Chibuto.

4.8.2. Referência de pacientes dos serviços de saúde para a comunidade

Em princípio, a referência da US para as Organizações Comunitárias tem como finalidade facilitar e garantir ao paciente a continuidade dos cuidados de saúde e o acesso ao apoio social, psicológico e emocional. Todavia, em geral não existe referência de PVHIV da US para as Organizações Comunitárias. O que ocorre é que as US solicitam as Organizações Comunitárias que trabalham na sua área de cobertura geográfica para que efectuem apenas a busca activa de pacientes que abandonam o tratamento. Considera-se caso de abandono a um paciente que não comparece às consultas durante 1 mês.

Este processo é feito mediante a entrega de uma lista de casos de abandono às Associações por via de activistas que referenciam pacientes à US. Para ilustrar:

> *"...trabalhamos com o Hospital Rural que está neste momento a administrar o TARV e mensalmente recebemos uma lista de pessoas que abandonaram o TARV, e nós fazemos a busca activa... no CS temos activistas lá que trabalham no PTV em aconselhamento de mães grávidas e encaminhamento ao grupo de apoio... a lista é entregue aos activistas"* - Coordenadora de Associação de PVHIV, Chibuto.

4.8.3. Sector de Apoio Social (MMAS/ SDSMAS e INAS)

A referência aos serviços de apoio ou assistência social, é um dos mecanismos criados para a mitigação do impacto do HIV e SIDA no seio das PVHIV carenciadas. Com excepção de Chibuto, a situação de funcionamento do sistema de referência entre as Associações e os serviços de assistência social e o acesso ao apoio pelas PVHIV, foi referido como deficitário. Factores como demora na inserção dos necessitados no pacote de beneficiários e aspectos burocráticos contribuem para a morosidade do processo.

Em Chibuto, todas Associações, sem excepção, louvaram o trabalho desenvolvido pelos SDSMAS, especialmente no que concerne à componente de Acção Social, onde, apesar das suas limitações, de acordo com as suas possibilidades, e com apoio dos parceiros (UNICEF e Save the Children), tem respondido prontamente no atendimento às necessidades das COVs e PVHIV elegíveis.

a) Mecanismos usados pelas Organizações Comunitárias para referência de PVHIV para Serviços de Apoio Social (DPMAS, SDSMAS, INAS)

Existem duas formas de referir as PVHIV e COVs necessitadas aos serviços de acção social. A primeira é através de colaboração directa entre as Associações e os SDSMAS, e outra, através de atestado de pobreza adquirida nas estruturas locais.

Segundo os responsáveis das Organizações Comunitárias, o apoio por via da colaboração directa com a Acção Social permite de uma forma coordenada, integrar maior número de beneficiários no sistema, enquanto que, a via do atestado de pobreza é funcional para casos pontuais apenas.

b) Colaboração directa entre Organizações Comunitárias e Acção social

No início de cada ano, as SDSMAS solicitam a submissão de listas de COVs e PVHIV necessitado de apoio pelas Associações e OCBs. As necessidades incluem o apoio alimentar (cesta básica) como na área de educação (enquadramento em escolas e matrícula para caso de crianças que estejam no ensino secundário, uniforme e material escolar). Por via desta solicitação as Associações apresentam a sua lista, que depois é confirmada pela estrutura local do bairro como sendo pessoas carenciadas. Com base neste processo, não todas, mas a maioria das COVs e PVHIV necessitadas são integradas no sistema de apoio, de acordo com as suas necessidades.

c) Atestado de pobreza por via das estruturas locais

Em relação à integração de COVs e PVHIV no apoio social por via de atestado de pobreza, apenas em Chibuto foi referido que a colaboração entre as Organizações comunitárias e as estruturas locais mostrou-se satisfatória. Em geral, o processo leva no máximo quinze dias. O mesmo sucesso não foi verificado em outros locais.

Para a maioria dos representantes das Associações, especialmente em Maputo Cidade, província e Xai-Xai, ***as estruturas locais (secretário do bairro, administração) são um entrave e não facilitadores para acesso ao apoio social***:

> *"Muitas vezes as estruturas locais têm sido um entrave e não facilitadores na referências de pessoas carentes à instituições de apoio social... por exemplo, para você ter um atestado de pobreza precisa pagar desde o secretário do bairro entre 50 a 100 mts, depois na Administração [Posto Administrativo] entre 75 a 100 mts... Quer dizer, cobram a um pobre, para declara a este mesmo pobre como pobre... muitas vezes as Associações não têm este dinheiro, o Activista deve tirar dinheiro do seu bolso para chapa, para tratar de assuntos de pessoas carenciadas e ainda deve pagar por algo que é direito das pessoas e supostamente gratuito... se você não paga, vai andar até dizer basta... Por norma o atestado de pobreza não se paga, mas pagamos, as estruturas alegam que o valor é para compra de papel, etc..."* - Coordenador de Associação de PVHIV Gaza, Maputo Província.

> *"Apoiar COVs e PVHIV a serem integrados no sistema de apoio social através de atestado de pobreza, não funciona... agora chegamos ao ponto de nós mesmos termos os formulários para preencher para pedido de atestado de pobreza porque o bairro cobrava-nos 85,00mts por formulário..."* - Coordenadora de Associação de Apoio a PVHIV e COVs, Gaza - Xai-Xai.

Alguns representantes de Associações e OCBs partilham da opinião que ***o fraco conhecimento sobre os direitos das PVHIV e COVs de benefício ao apoio social, contribui para a fraca capacidade de argumentação das Associações perante estruturas locais em situações de violação de normas e procedimentos***:

> *"Precisamos de partilhar mais informação entre as Associações, sobre por exemplo como encaminhar uma pessoa carenciada aos serviços sociais como o INAS, o que esses serviços oferecem, como ter acesso, etc., as Associações não têm conhecimento e por isso não fazem uso..."* - Presidente de Associação de PVHIV Maputo Província.

> *"...o atestado de pobreza é um direito, há critérios para obtê-lo, mas mesmo reunindo critérios, o acesso está só nos papéis... é preciso maior divulgação dos direitos ao acesso aos serviços e apoio social..."* - Coordenador de Associação de Apoio a PVHIV e COVs, Maputo Cidade.

4.8.4. Sector da Educação

O acesso à educação é um dos princípios fundamentais de mitigação do impacto do HIV e SIDA no seio de COVs (PEN III). Por via da Acção Social ou das Direcções Distritais de Educação, as Associações e OCBs têm apoio na inserção das crianças nas devidas classes e escolas, de acordo com a zona de residência.

Dependendo da situação e das necessidades, para além da inserção na escola, há outras formas de apoio às COVs no sector de educação. A Acção Social apoia na compra de uniforme e material escolar para as crianças. Contudo, nem sempre a Acção Social tem a capacidade de prover este apoio a todas as crianças. Algumas crianças beneficiam-se de apoio directo das Associações, especialmente crianças integradas em Associações que desenvolvem actividades de geração de renda ou que tenham apoio financeiro nesta vertente.

Os casos em que, nem a Associação, nem a Acção Social consegue apoiar em uniforme a uma COV, aí, estas, através das Associações ou OCBs, apresentam o atestado de pobreza na Escola, e com efeito, não são retiradas

das salas de aulas pelos professores. Para crianças que estejam a frequentar de 8ª classe em diante, a Acção Social apoia nos custos de matrícula das mesmas, de contrário, as Associações deve necessariamente encontrar recursos para o efeito, ou então ficam fora da escola.

Neste processo, a colaboração dos líderes comunitários foi apontada como de extrema importância na certificação da vulnerabilidade das crianças para encaminhamento atempado às instituições competentes. Contudo, conforme já mencionado, o processo não tem sido fácil. As consequências da morosidade podem ser várias, dentre as quais a perda de vaga na escola.

As COVs que sejam portadoras de atestado de pobreza são também isentas de pagamento de contribuição para guardas e limpeza da escola. No entanto, prevalecem ainda, casos em que COVs são expulsas da sala de aulas pelo professor porque não pagou a contribuição, ou por outra razão. Em Xai-Xai, a consultora presenciou um caso concreto de uma criança órfã de mãe e pai, que foi retirada da sala de aulas pelo professor, alegadamente por não ter apresentado encarregado de educação na reunião. Este facto revela a existência de lacunas no seio dos professores, e quiçá de outros profissionais, sobre a problemática do HIV a resposta sectorial. Sobre o facto, a representante da Associação que apoia a COV referiu:

> *"Estão a ver aquele menino lá fora, aquele é órfão de pai e mãe, vive sozinho, e o professor mandou embora da sala de aulas porque seu encarregado não participou da reunião dos pais e encarregados no Sábado... quer dizer, se um professor até esta altura do ano [Abril] não conhece seus alunos, então alguma coisa está mal... ele veio aqui a Associação me chamar para ir lá a escola resolver o assunto..."* - Coordenadora de Associação de apoio a PVHIV e COVs.

Apesar de existir referência de COVs de Organizações Comunitárias para sector de Educação, seja de forma directa ou através da Acção Social, e haver colaboração entre as diferentes instituições, apesar de necessário, não foi registado qualquer sistema de referência e contra-referência do Sector de Educação para Organizações Comunitárias.

A escola é um dos locais em que a criança passa a maior parte do seu tempo. Neste sentido, o professor, deve ser um dos colaboradores principais na identificação de crianças que necessitem de apoio, seja material ou psicológico. Para o efeito, é importante que estes tenham formação e capacitação contínua em 'meanstreming' do HIV e SIDA.

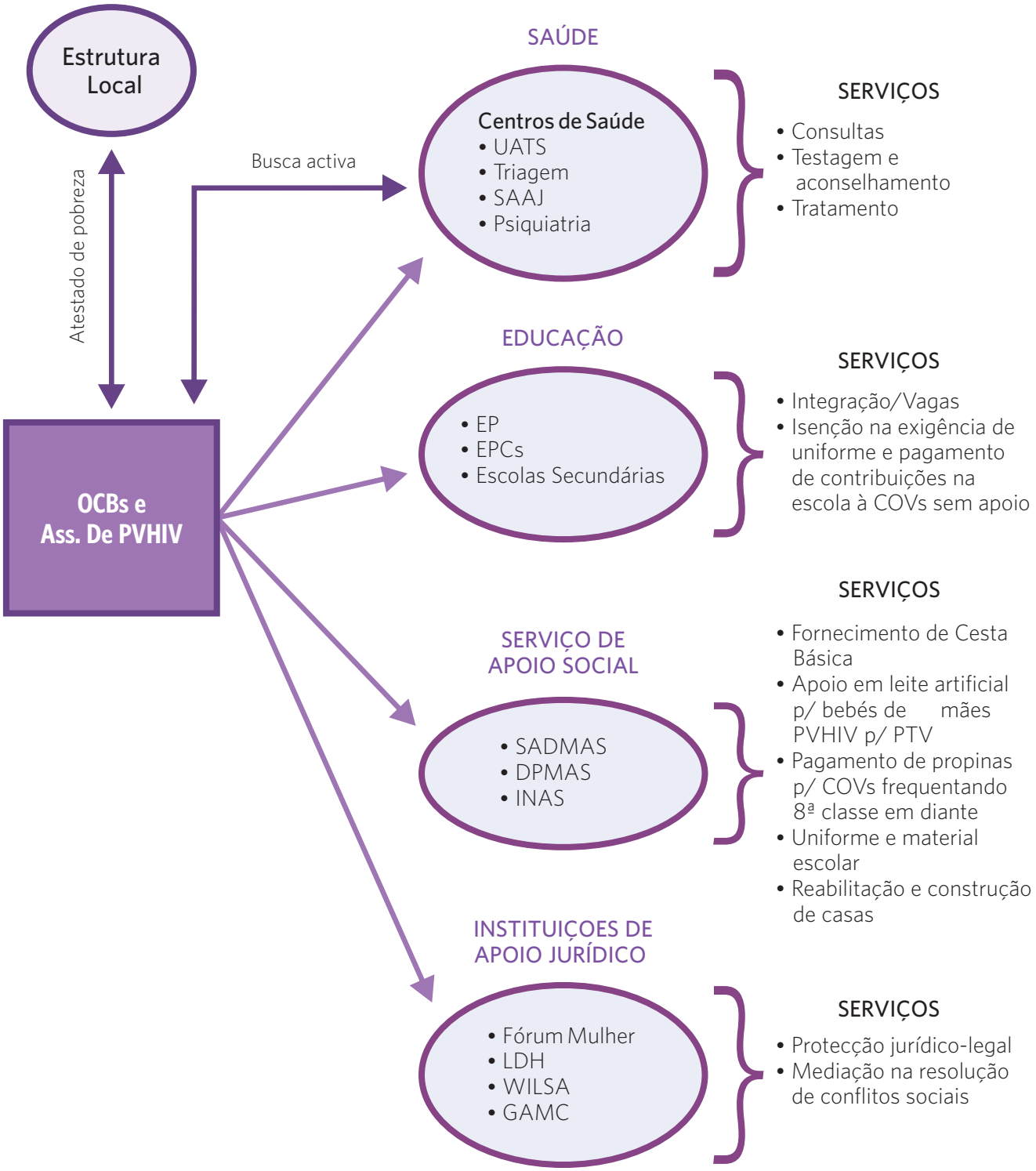
4.8.5. Sector Jurídico-Legal (serviços de apoio jurídico - legais)

Poucas Associações e OCBs possuem informação sobre os serviços de apoio jurídico-legal às PVHIV existentes em suas comunidades, muito menos como ter acesso. Dentre as Organizações contactadas, poucas Associações que trabalham com crianças (COVs) e que possuem programas específicos de promoção e defesa dos direitos da criança mencionaram ligação com o Gabinete de Atendimento a Mulher e Criança nas esquadras e com a Liga de Direitos Humanos, às quais recorrem para assuntos relacionados aos direito à herança. Para ilustrar:

> *"Temos um projecto para desenvolver um guião de informação sobre como ter acesso aos principais serviços de referência para apoio social das pessoas carenciadas, seja de apoio social, saúde, educação, protecção legal, etc... as Associações e os indivíduos não sabem onde recorrer ou encaminhar seus beneficiários carentes. Por falta desta informação, não se faz uso dos serviços disponíveis... por exemplo, as pessoas têm medo de ir a WILSA, Fórum Mulher, MULEIDE, ou porque não sabem que podem se dirigir a essas Organizações e obter algum tipo de apoio social (ex.: legal) ou porque acham que não vão ter dinheiro suficiente para pagar pelos serviços, quando estes são gratuitos... só conhecem a Liga dos Direitos Humanos, mas a liga não atende todos assuntos..."* - Coordenadora de Associação de PVHIV Maputo Cidade.

O sistema de referência entre os diferentes serviços de apoio às PVHIV na comunidade é apresentado em forma de diagrama no Quadro 3 na página que se segue.

QUADRO 3 - Sistema de referência e contra-referência entre Associações/OCBs, serviços de saúde e apoio social



SAAJ	Serviço Amigos de Adolescente e Jovens	DPMAS	Direcção Provincial da Mulher e Acção Social
UATS	Unidade de Aconselhamento e Testagem em Saúde	INAS	Instituto Nacional de Acção Social
EP	Escola Primária	LDH	Liga dos Direitos Humanos
EPCs	Escolas Primárias Completas	GAMC	Gabinete de Atendimento a Mulher e Criança (Esquadra)
SDSMAS	Serviço Distrital de Saúde Mulher e Acção Social	WLSA	Women and Law in Southern Africa

V. Conclusões e Recomendações

5.1. CONCLUSÕES

- No âmbito do Projecto - Prevenção Activa e Comunicação Para Todos (PACTO) - implementado desde Outubro de 2010, pelo Centro para Programas de Comunicação da Universidade Johns Hopkins (JHU▪CCP) em parceria com a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade (FDC), foi realizada uma análise rápida sobre a situação das Pessoas Vivendo com HIV e SIDA (PVHIV) e os serviços que as apoiam na comunidade, cujos resultados são apresentados neste Relatórios. A mesma abarcou as províncias de Maputo, Gaza e Maputo Cidade e tinha como objectivo colher subsídios para definir intervenções de comunicação sobre a prevenção positiva na comunidade.

- Os resultados da análise resultam de um processo combinado de mapeamento das Organizações ou grupos de pessoas que prestam serviços de apoio à PVHIV, e exploração de questões relacionadas a experiência e percepção das PVHIV em particular, sobre factores que facilitam ou dificultam a prevenção do HIV no seio da população em geral, e a Prevenção Positiva (PP) entre as PVHIV em particular, sua relação com os serviços de saúde e os diferentes serviços de apoio existentes.

- Para o efeito, recorreu-se a revisão documental, entrevistas com informantes chave (activistas, provedores de saúde, representantes de Organizações Comunitárias e de instituições governamentais que providenciam serviços de apoio às PVHIV), e discussões em grupo envolvendo PVHIV.

- Os resultados mostraram que no seio de Organizações Comunitárias que apoiam PVHIV, existem Associações de PVHIV e OCBs. No total foram identificadas e contactadas 44 Organizações que desenvolvem, de forma notável, actividades em prol das PVHIV, sendo 14 Associações típicas de PVHIV e 30 OCBs. Foram também abrangidos 5 Centros de Saúde usados como referência pelas Associações e OCBs identificadas.

- Ficou evidente que o processo de formação destes dois tipos de Organizações Comunitárias difere, no entanto, a criação de ambas é baseada em objectivos comuns. O apoio e mitigação do impacto do HIV e SIDA nas PVHIV e COVs é o principal. A concretização plena deste objectivo é condicionada por vários factores relacionados a capacidade institucional das mesmas para responder aos desafios que lhes impõem, a destacar: (i) a fraca capacidade de acesso a recursos financeiros, (ii) fraca capacidade de atrair e reter recursos humanos qualificados para assegurar o direccionamento estratégico da instituição; (iii) falta de condições básicas de trabalho como escritório, equipamento e materiais para o desenvolvimento de actividades no dia-a-dia. Todavia, o cometimento dos membros das Organizações com a causa de luta contra o HIV e SIDA, supera todos os desafios e dificuldades que se lhes impõem no dia-a-dia, e constitui o factor principal de garantia de continuidade das acções das Associações e OCBs.

- Outro factor em comum entre as Associações e OCBs é que a maioria delas são constituítas por mulheres e tem como principais áreas de intervenção a Prevenção, Cuidados e Visitas Domiciliárias e Mitigação. Assumir publicamente o estado serológico positivo no seio dos membros (quebra de silêncio) constitui a principal diferença entre as Associações típicas de PVHIV e as OCBs.

- Nas três províncias, a abordagem de prevenção usada pelas Associações e OCBs é uniforme. As mensagens focalizam a importância da testagem; do uso correcto e consistente de preservativo; da abstinência ou adiamento do início da actividade sexual no seio dos adolescentes e jovens; da fidelidade mútua (para casais jovens, adultos ou idosos); PTV durante a gravidez e pós parto; do Controlo da Criança em Risco (CCR - criança nascida de mãe HIV positiva) até pelo menos 2 anos de idade e da redução de número de parceiros.

- Estas são as mensagens ou componentes que englobam a abordagem de Prevenção usada na população em geral.

- No âmbito da Prevenção Positiva (prevenção no seio de PVHIV), a denominação é nova tanto para os activistas como para os profissionais de saúde. Contudo, a abordagem em si não é nova, mas é conhecida e implementada no contexto da Vida Positiva, que para além de incluir as componentes da abordagem de prevenção usada no seio da população em geral, enfatiza aspectos como importância da adesão ao tratamento, a importância da quebrar o silêncio com parceiro e no seio da familia, entre outros, que se afiguram importantes para a prevenção no seio das PVHIV.

- Tanto os membros da comunidade como os activistas e profissionais de saúde, mostraram possuir conhecimento básico sobre Prevenção Positiva, isto é, sobre a importância da prevenção no seio das PVHIV e métodos de prevenção que podem ser usados entre PVHIV, o que constitui um bom ponto de partida para a promoção da PP. Todavia existem alguns factores de carácter estruturais, comportamental e institucional que podem perigar ou facilitar a Prevenção Positiva, a saber:

Factores Estruturais

a) Factores Sócio económicos

- A vulnerabilidade sócio económica das PVHIV membros e/ou beneficiários das Organizações Comunitárias, em sua maioria mulheres solteiras e viúvas responsáveis por famílias, sem alguma actividade de geração de renda própria, leva a que estas assumam comportamentos de risco como sexo transaccional e intergeracional, como alterantiva para seu sustento e da sua familia, aumentando assim o risco de propagação do HIV;
- A fraca capacidade de auto sustento dos doentes HIV positivos e fraca capacidade das Organizações Comunitárias para fazer face às necessidades básicas alimentares dos seus beneficiários em TARV, e em condição de saúde debilitada, contribui negativamente na adesão ao tratamento;
- Longas distância a percorrer pelos pacientes para encontrar uma US que providencia TARV, aliada a falta de condições dos doentes e das Organizações Comunitárias para custear despesas de transporte para controlo e seguimento regular do tratamento, influencia negativamente na adesão ao TARV;
- A Pobreza no seio de PVHIV repercurte-se em maior predisposição à atitudes e comportamento de risco (ex.: sexo transaccional e intergeracional).

b) Factores Culturais e de Género

- A feminização do HIV e SIDA (percepção de que a mulher é quem trás a doença para casa, por ser ela muitas vezes, a primeira a conhecer seu estado serológico positivo), dificulta a revelação do estado serológico (quebrar silêncio) ao parceiro e familia;
- A fraca capacidade de negociação do uso de preservativo associada à dependência económica e financeira da mulher em relação ao homem, perpetua a prática do sexo sem protecção;
- Estereótipos em relação à prática de amamentação exclusiva até aos 6 meses seguida de desamamentação (percebida pela comunidade como própria e quiçá exclusiva de prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho, e logo, que divulga o estado serológico positivo da mãe) criam medo de estigma e discriminação nas mães HIV positivas e por consequência, constitui barreira para adesão a esta prática de PTV;
- Medo de estigma e discriminação no seio da família e comunidade devido a associação do HIV e SIDA a má conduta (prostituição e infidelidade), não facilita a revelação do estado serológico ao parceiro e no seio da família;
- Fraca ligação entre a preservação de práticas culturais como poligamia e kutchinga com recurso a relações sexuais sem protecção, ao aumento do risco de transmissão do HIV e SIDA.

Factores Comportamentais

- A consciência da irreversibilidade do estado serológico positivo associada à confiança no poder do tratamento (TARV), contribui para a manutenção de comportamentos de risco no seio das PVHIV;
- O fraco sentido de responsabilidade individual na prevenção da propagação do HIV, perpetua a atribuição da responsabilidade da prevenção, particularmente da decisão de uso de preservativo a outrém (parceiro);
- Algumas normas predominantes que encorajam a propagação de redes sexuais, tal como a poligamia e parcerias múltiplas e concomitantes, associadas ao baixo uso do preservativo, influenciam o comportamento individual de PVHIV;
- Preconceitos associados à qualidade do preservativo masculino gratuito associados a fraca capacidade de compra de preservativo, propiciam o sexo sem protecção, particularmente no seio dos jovens;
- Preconceitos no seio das mulheres em relação ao preservativo feminino não associada a fraca capacidade de negociação do uso de preservativo masculino, contribui para maior vulnerabilidade da mulher;
- Atitudes que promovem estigma e discriminação, perpetradas por profissionais de saúde nas Unidades Sanitárias, influenciam negativamente para a adesão ao tratamento;
- A necessidade e desejo de procriação e formação de família, associada à disponibilidade do TARV, supera o medo de transmissão do HIV ao futuro bebé e abre espaço para o sexo sem protecção no seio das PVHIV;
- Percepção ou crença que o preservativo constitui barreira para o prazer e satisfação sexual, impõe-se sobre o reconhecimento das necessidades que o sero estado positivo impõe para mudança de comportamento e estilo de vida no seio das PVHIV;
- Fraco conhecimento (por parte das Organizações de apoio e das PVHIV) os procedimentos nos serviços de saúde e de acção social para beneficío contínuo de cuidados e apoio às PVHIV, aliado a um sistema não responsivo, abre espaço para violação dos direitos humanos das PVHIV.

Factores Institucionais

a) Acesso e Qualidade dos Serviços de Saúde e Apoio Social /sistema de referência e contra-referência)

- Fragilidade e descrédito em relação ao funcionamento e acesso ao sistema de assistência social, no fornecimento de leite artificial às mães PVHIV em condições de saúde ou económicas não favoráveis a amamentação influencia negativamente na adesão e implementação da estrtégia de PTV;
- A falta de um sistema de referência funcional entre instituições de saúde, de apoio social e serviços não clínicos na comunidade;
- Existência de alguns procedimentos nos serviços de saúde, que promovem o estigma e discriminação das PVHIV;
- Ruptura de stock de medicamentos (para tratamento de HIV e SIDA) e preservativos contribuem negativamente para adesão ao tratamento e adopção de comportamentos seguros;
- Fraco conhecimento e informação no seio das Associações e da comunidade em geral sobre serviços de apoio social institucional existentes e mecanismos de acesso;
- Burocracia e morosidade no processo de aquisição de atestados de pobreza para benefício de apoio social e suposta cobrança de valores ilícitos pelas estruturas locais para obtenção do mesmo, dificultam o acesso ao apoio social institucional;
- Falta de material de IEC sobre Prevenção Positiva ou Vida Positiva nos serviços de saúde e outro tipo de serviços de apoio social, assim como na comunidade, fragilizam a capacidade de acção das instituições;

- Fraca formação e dificuldade dos activistas e de alguns profissionais de saúde de explicarem as PVHIV certos temas relacionados a PP (exemplo: razões para existência de casais discordantes, como criar ambiente seguro para revelação do estado à família e parceiro) fragiliza a promoção da PP;
- Falta de uniformidade entre as mensagens sobre a prevenção disseminadas entre os diferentes intervenientes (ex: comunidade e CS);
- Fraca capacidade técnica e financeira das Organizações Comunitárias para implementarem suas actividades de forma sustentável.

Apesar dos desafios acima apresentados, existem alguns factores que podem ser capitalizados a favor da Prevenção Positiva. Dentre eles destacam-se esforços em acções concretas na eliminação de procedimentos institucionais que promovem o estigma e a discriminação nas US; a existência de instituições e mecanismos de apoio social à mães HIV positivas em situação carenciada para promoção da PTV; a assunção gradual do HIV como uma doença igual a qualquer outra doença crônica pelas comunidades, o que pode contribuir positivamente na quebra de silêncio e e redução do estigma e discriminação no seio da familia e sociedade; a existência de iniciativas comunitárias de apoio para revelação de estado serológico entre parceiros; interesse tanto por parte dos representantes das US e das Organizações Comunitárias em contribuir para o fortalecimento do sistema de referência.

Nestes termos, pode-se concluir que são vários os factores que condicionam a Prevenção Positiva, pelo que, o seu sucesso requer uma abordagem multissectorial, integrada e abrangente, que priorize o fortalecimento da capacidade de intervenção das Organizações; a implementação de estratégias de informação, educação e comunicação socio-culturalmente relevantes; a implementação de acções que contribuam para o empoderamento individual para adopção de atitudes e comportamentos favoráveis à PP; e o desenvolvimento e implementação de estratégias favoráveis à mitigação do impacto socio-económico do HIV no seio das camadas mais vulneráveis, sobretudo mulheres.

5.2. RECOMENDAÇÕES:

Para fazer face aos factores que dificultam a PP e capitalizar os factores que facilitam a PP, será necessário que as estratégias de intervenção para promoção da PP respondam à necessidades específicas, às quais sugere-se:

5.2.1. Abordagens de Intervenção Comunitária para Promoção da PP:

- Incentivar utilização de método de comunicação interactiva através de promoção de acções de educação de pares;
- Promoção de grupos específicos de discussão, apoio mútuo e troca de experiência sobre a prevenção do HIV (grupos de pares - sogras, médicos tradicionais, líderes religiosos, mulheres grávidas, homens adultos, jovens, etc.);
- Promoção de campeões no seio de líderes comunitários, PMT, líderes religiosos, sogras e outras figuras respeitadas e com influência a nível da família e da comunidade, através do seu envolvimento em todos os processos cruciais para a promoção da PP (campanhas de comunicação para a mudança de comportamento, formações, capacitações, grupos de discussão, campanhas de advocacia, etc.);
- Incentivar a promoção de casais de jovens e adultos PVHIV campeões nos vários aspectos relativos a PP (quebra do silêncio, adesão a PTV, adesão ao TARV, uso consistente de preservativo, etc.);
- Promover a partilha e divulgação de boas práticas em estratégias de implementação de programas de PP entre as Organizações Comunitárias.

5.2.2. No âmbito de comunicação para a mudança de comportamento

- Privilegiar acções de diálogo e consulta comunitária, que integrem abordagem socio-cultural sobre HIV e SIDA para discussão, promoção e adopção de práticas saudáveis;
- Produção de mensagens com abordagem positiva, que relacionem a prevenção à promoção da saúde e não a prevenção da doença, no sentido de desestigmatizar o uso de preservativo no seio de casais;
- Produção de ferramentas de comunicação que respondam as necessidades do PVHIV: irreversibilidade do estado serológico positivo, reconhecimento da responsabilidade individual na redução de comportamentos de risco (MCP) e na transmissão do HIV;
- Produção de material de IEC que privilegie aspectos socio-culturais e de género, contextualizados à realidade local;
- Desenvolver material de comunicação com personagens moçambicanos e linguagem moçambicana, com vista a provocar auto-identificação;
- Privilegiar abordagem de responsabilização individual em relação à percepção do risco e e adopção de comportamentos favoráveis à prevenção do HIV;
- Desenvolver abordagem focalizada em ganhos/benefícios da prevenção;
- Promover a formação de um grupo técnico de revisão de mensagens mass media sobre prevenção do HIV e SIDA.

5.2.3. Fortalecimento do sistema de Referência entre Comunidade e serviços de saúde, educação e apoio social

Apoio Social

- Promover a articulação entre as próprias estruturas de apoio social institucional e comunitário (OCBs/Associações);
- Promover a inclusão das instituições religiosas para apoio moral e espiritual, como parte do pacote de apoio social e sistema de referência;
- Promover advocacia pela melhoria do funcionamento do sistema de referência e acesso aos Serviços de Assistência Social do nível comunitário e governamental;
- Produzir e divulgar material de informação sobre serviços sociais para os quais podem ser referidas pessoas vivendo com HIV e SIDA em situação carenciada e COVs (material sobre sistema de referência para serviços sociais com informação sobre necessidades e entidades a referir, mecanismos de acesso ao apoio, etc.).

Apoio à Saúde

- Promover o estabelecimento de um Sistema formal de Referência e Contra-referência entre Associações e Unidades Sanitárias, que facilite a colaboração entre Organizações Comunitárias (activistas) e profissionais de saúde;
- Promover a a padronização dos instrumentos referência e contra-referência no seio das Organizações Comunitárias (uso do guia de referência do manual de CD aprovado pelo MISAU);
- Promover indicação e formação de pontos focais nos diferentes serviços de HIV para facilitar o processo de referência através de contacto directo entre activistas e Profissional de saúde;
- Promover junto ao MISAU/DPSs e parceiros mecanismos formais para monitorar o sistema de referência e contra-referência entre as US e os serviços de apoio na comunidade;

- Promover a implementação de um sistema de referência e contra-referência formal piloto para experiência, melhoria e posterior expansão;
- Promover campeões no seio de PMTs na referência de pacientes para US;
- Promover e advogar pela formação contínua dos profissionais de saúde afectos em serviços integrados de HIV e SIDA em habilidades de comunicação interpessoal efectiva e atendimento humanizado e diferentes matérias sobre HIV e SIDA, de acordo com as necessidades;
- Promover e advogar pela implementação de procedimentos que reduzam ou eliminem a o estigma e discriminação no seio das US.

Apoio à Educação

- Promover maior coordenação e colaboração entre Organizações Comunitárias e sector de educação no âmbito da operacionalização da Estratégia do sector de educação para HIV e SIDA, particularmente na na mitigação do impacto do HIV e SIDA no seio de COVs na escola;
- Promover capacitação contínua de professores e responsáveis a todos os níveis de ensino, particularmente o primário sobre HIV e SIDA, educação e gestão escolar no contexto do HIV e SIDA;
- Promover melhor conhecimento e implementação da política e dos procedimentos do sector de educação em relação a COVs no seio das instituições de ensino primário;
- Promover a referência de COVs pelas instituições de ensino à Organizações Comunitárias para apoio e seguimento.

5.2.4. Fortalecimento da Capacidade de Intervenção das Organizações Comunitárias

- Fortalecer as redes de PVHIV em relação a sua estrutura organizacional, funcional, legal e de relacionamento com outras OCBs e lideranças comunitárias;
- Melhorar os conhecimentos dos activistas sobre a PP, habilidades de comunicação interpessoal e uso de materiais de comunição;
- Produzir e disponibilizar às OCBs/Associações ferramentas de comunicação sobre PP para uso dos activistas na comunidade;
- Advogar junto ao MISAU/DPSs e parceiros para promoção e fornecimento regular do preservativo masculino e femenino;
- Promover e estimular financiamento e implementação de actividades de geração de renda no seio das Associações de PVHIV e OCBs para sustentabilidade das suas acções.

VI. Lista de Documentos Consultados

1. Base de Dados da MONASO (Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza).

2. Base de Dados da RENSIDA (Maputo Cidade, Maputo Província e Gaza).

3. I-TECH. Relatório do Mapeamento Nacional de Organizações que trabalham na área de HIV e SIDA. 2011.

4. International HIV AIDS Alliance. Positive Prevention. HIV prevention with people living with HIV. A Guide for NGOS and Service Providers.2007.

5. Instituto Nacional de Saúde (INS), Instituto Nacional de Estatística (INE), e ICF Macro. 2010. Inquérito Nacional de Prevalência, Riscos Comportamentais e Informação sobre o HIV e SIDA em Moçambique 2009. Calverton, Maryland, EUA: INS, INE e ICF Macro.

6. JHU•CCP-FDC. Relatório Sintético de Avaliação das OCBs pré-selecionadas para Formação da PACTO (Maputo Província e Cidade). 2011.

7. Lista de Associações membros da KUYAKANA (Rede de Associações de Mulheres vivendo com HIV e SIDA).

8. Lista de Associações e OCBs que trabalham na área de HIV e SIDA no Distrito Urbano Kamaxaquene, Maputo Cidade. 2011.

9. Lista de Associações e OCBs que trabalham na área de HIV e SIDA no Posto Administrativo da Matola Sede. Maputo Província. 2011.

10. Lista de OCBs parceiras da EGPAF.

11. Lista de Parceiros de Implementação da FDC. Projecto de prevenção e cuidados no corredor de Maputo - USAID.

12. Lista de Parceiros do projecto PACTO.

13. Lista de Parceiros Financiadores e Implementadores na área de HIV e SIDA em Chibuto. Fornecida pelos SDSMAS de Chibuto. 2011.

14. Mapeamento das Unidades Sanitárias da Cidade de Maputo.

15. Mapeamento das Unidades Sanitárias da Província de Maputo.

16. Matriz do Plano Operacional da Componente de Comunicação do PEN III 2011/2012.

17. NAIMA+. Mapeamento do Suporte às Associações de PVHIV em Moçambique. 2006. NAIMA+

18. Plano Estratégico Nacional III de combate ao HIV e SIDA (2010-2014).

19. Perfil dos Distritos. Disponível em http://www.govnet.gov.mz. A cessado em 25/05/2011.

20. Relatório de Avaliação das OCBs Província de Gaza - Projecto PACTO.

VII. ANEXOS

A. Perfil detalhado das Organizações que prestam apoio directo às PVHIV

B. Lista de instituições contactadas/entrevistadas

C. Guia de Referência de Pessoas em Cuidados Domiciliários

ANEXO A . Perfil Detalhado das Organizações que Prestam apoio as PVHIV nas Comunidades: MAPEAMENTO PACTO 2011

MAPUTO CIDADE - DISTRITO URBANO KAMAXAQUENE

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Ahitipaluxene	Bairro de Maxaquene A	Maxaquene A, B, C, D, Polana Caniço A	Associação de Mulheres PVHIV e simpatizan-tes	2003	2004	25	25	Mulheres PVHIV e viúvas, COVs	508, das quais: 100 COVs e 100 PVHIV adultos com apoio	**Prevenção** - Testagem em parceria com a PSI, promoção e distribuição de preservativo, sensibilização para fidelidade, abstinência; sensibilização para mudança de comportamento (MCP-redução de número de parceiros) sensibilização para PTV e CCR, promoção de biossegurança. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Cuidados básicos de higiene (banho, limpeza da casa) educação das famílias em cuidados ao doente acamado; controle e seguimento na adesão ao tratamento, apoio moral e psicossocial. **Mitigação** - Reconciliação de famílias; apoio e educação em nutrição-dieta equilibrada; fornecimento de cesta básica (não regular); em parceria com Associação KUTENGA providencia formação de membros em cursos profissionais (cerralharia, culinária, cabeleireiro, avicultura); apoio inicial aos membros para desenvolvimento de actividades de geração de renda (criação de frangos); fornecimento de material e uniforme escolar para COVs; pagamento de mensalidade em escolas privadas para crianças que perderam vaga em escolas públicas; criação de famílias amigas para educação de pares e troca de experiência. **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação e promoção dos Direitos das PVHIV.	Educação de pares; campanha porta a porta; debates e mesas redondas com líderes comunitários; em parceria com a KUTENGA realiza teatro interactivo (teatro do oprimido) sobre violência doméstica, HIV e SIDA, estigma e discriminação; em parceria com a KUTENGA promove actividades culturais e desportivas com jovens dentro e fora da Escola; projecção de filmes sobre HIV e SIDA (prevenção e educação ao tratamento) em centros de aglomerados populacionais como mercados, paragens de chapa.	KUYAKANA, MONASO, MATRAM, KUTENGA, PSI, SAT		CS Polana Caniço, CS 1 de Maio	Acção social para apoio a PPD e CCR no âmbito do PTV; Gabinete de Apoio à Mulher e Criança para casos de violência; MULEIDE, LDH.	Celina Mungoi (coordenadora)	842195075 21407190
Tinhenha	Bairro de Khongolote	Maxaquene A, B, C, Polana Caniço A	Associação de PVHIV simpatizan-tes	2002	2004	310	60	PVHIV e COVs	Directo PVHIV adultos e idosos - 500 COVs - 500, com apoio directo 300, em TARV 60	**Prevenção** - Promoção e distribuição de preservativo; promoção e sensibilização para fidelidade, abstinência; sensibilização para mudança de comportamento (redução de número de parceiros); sensibilização para PTV e bisossegurança. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Cuidados básicos de higiene (banho, limpeza da casa); educação das famílias em cuidados de doente acamado; controle e seguimento na adesão ao tratamento; encaminhamento a US; busca activa. **Mitigação** - Apoio e educação em nutrição-dieta equilibrada; distribuição de cesta básica (não regular); formação de membros em cursos profissionais (cerralharia, culinária, cabeleireiro, avicultura); envolvimento dos membros em actividades de geração de renda (criação de frangos); distribuição de material e uniforme escolar para COVs, distribuição de sementes de horticolas aos beneficiários para canteiros caseiros e machambas individuais dos membros; construção de latrinas melhoradas para idosos. **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação e promoção dos direitos das PVHIV.	Educação de pares; campanha porta a porta; debates e mesas redondas com líderes comunitários; campanhas massivas de sensibilização para prvenção; palestras.	CNCS, OXFAM AUSTRALIA, RENSIDA, MONASO, NDCS, PATHFINDER, HelpAge, SKILLSHARE, MSF, IBIS, MATRAM	Criação de frangos; machambas individuais dos membros	CS 1 de Maio	Acção social (registo de idosos para aquisição de atestado de pobreza e COVS - cesta básica)	Zita (coordenadora)	827892970
Ahilhulenenala	Bairro de Maxaquene , (Espaço do Grupo Dinamizador, círculo do Bairro)	Maxaquene A e Polana Caniço	Associação de PVHIV e simpatizan-tes		2004	39		PVHIV e COVs		**Prevenção** - Promoção e distribuição do preservativo, sensibilização para fidelidade, abstinência; sensibilização para mudança de comportamento (redução de número de parceiros, sexo transacional). **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Encaminhamaneto a US; cuidados básicos de saúde e higiene ao doente acamado (banho, limpeza da casa); controle e seguimento na adesão ao tratamento; busca activa. **Mitigação** - Apoio e educação em nutrição-dieta equilibrada; distribuição de cesta básica (não regular); formação de membros em cursos profissionais (cerralharia, culinária, cabeleireiro, avicultura). **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação e promoção dos direitos das PVHIV.	Educação de pares; campanha porta a porta; debates e mesas redondas com líderes comunitários; campanhas de educação ao tratamento; campanhas massivas de sensibilização para prevenção em locais de aglomerados populacionais como mercados, paragens de chapa.	ONUSIDA, SKILLSHARE, INSTITUTO BURNET (nutrição - culinária Positiva), ALLIANCE (capacitação) ITERNACIONAL, UNICEF, (capacitação e apoio técnico		CS 1 de Maio		Malaika (Presidente) Laurindo (Coordenador)	828608980 829670860
Hocosida	Bairro Polana Caniço	Maxaquene C, Polana Caniço A e B	OCB	2002	2004	23	40	PVHIV e COVs	500 famílias	**Prevenção** - Promoção de uso e distribuição do preservativo, sensibilização para fidelidade, abstinência e mudança de comportamento (redução de número de parceiros - MCP). **Mitigação** - Apoio nutricional (cesta básica - não regular).	Educação de pares; campanha porta a porta; debates e mesas redondas com líderes comunitários; campanhas massivas de sensibilização para prevenção em centros de aglomerados populacionais como mercados, paragens de chapa.	MONASO, JHU/FDC, CNCS, EBIFAN, PATHFINDER		CS 1 de Maio	MMAS - registo de crianças	Domingos (coordenador)	82 4130670 82 8918813 829081560

MAPUTO CIDADE - DISTRITO URBANO KAMAXAQUENE (cont.)

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Anemo	Bairro Central, Av. Eduardo Mondlane, interior do recinto do Hospital Central de Maputo	25 de Junho, Inhagoia A, Maxaquene C,	OCB	1989		2500-3000 em todo o país	65	PVHIV e COVs	8000 PVHIV	**Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Cuidados básicos de higiene e saúde (banho, limpeza da casa); controle e seguimento na adesão ao tratamento; educação das famílias em cuidados de doente acamado; busca activa, encaminhamento de novos pacientes a US; educação ao tratamento. **Mitigação** - Apoio nutricional - distribuição de cesta básica (não regular).		PMA, MISAU, MONASO		CS 1 de Maio, CS Polana Caniço, e CS Bagamoio	MMAS	Herminia (presidente) Davuca (coordenador)	824002420 823139451
Kutenga	Instituto Industrial de Maputo, Rua da Resistência (Sede - Escola Secundária Noroeste 2)	Maxaquene A, B, C e Polana Caniço A	OCB Juvenil	1998 como Grupo Teatral e 2001 como Assoc.	2005	36	46	Adolescentes e Jovens (vulneráveis)		**Prevenção** - Educação em saúde sexual e reprodutiva; sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos para maiores de 15 anos; sensibilização para Planeamento Familiar, PTV e CCR. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência a Associação Ahitipaluxene. **Mitigação** - Formação profissional de jovens em Serralharia, mecânica auto, elecricidade, culinária, andaimes, cabeleireiro, barmen; acompanhamento do aproveitamento dos cursantes; apoio no enquadramento de cursantes com melhor desempenho; formação e apoio inicial para desenvolvimento de pequenos negócios; integração dos cursantes em estágios.	Educação de pares centrada em valores individuais e promoção de auto-estima; teatro interactivo (teatro do oprimido) educação de pares, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com grupos específicos (pais, líderes comunitários, etc); promoção de actividades culturais e desportivas com jovens dentro e fora da Escola.	MISAU, AMODEFA, Ministério da Juventude e Desportos, INEFP, ESSOR, Ministério do Trabalho, CNJ, CVM, MONASO, KULIMA, FUSOL, PROGRAMA GERAÇÃO BIZ, MSF, Gabinete de Atendimento a Mulher e Criança da 12a Esquadra da Cm, NPCS, NWETI		SAAJ do CS 1 de Maio		Reginaldo Macuacua (Oficial de Programas); Armando (coordenador)	829247820 845334496 826026697
Coalizão	Bairro Alto Maé, Av. Marien Ngoabi no 1167	Maxaquene A, B, C, D Polana Caniço A	OCB Juvenil	2005	2005	15	400	Adolescentes e Jovens		**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, sexo intergeracional, sexo trasacional); promoção e distribuição de preservativos; distribuição de material de IEC sobre ITS e HIV e SIDA e género; promoção e educação em saúde sexual e reprodutiva; sensibilização para Planeamento Familiar, PTV, CCR.	Educação de pares; campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos (país, líderes comunitários, etc); promoção de actividades culturais e desportivas com jovens dentro e fora da Escola, uso de materiais audio-visuais	CNV, FÓRUM MULHER, MONASO, TIDES FOUNDATION, PATHFINDER, CNV, NPCS, NDCS, UNDP, UNFPA, WILSA, PSI, REDE HOPEM (Rede de Homens pela Mudança)		SAAJ do CS 1 de Maio		Alexandre Muinga	827274080 21400871

MAPUTO CIDADE - DISTRITO URBANO KAMUBUCWANE

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Kindlimuka	Bairro Jeorge Dimitrov, Rua Nossa Senhora das Neves 61	Maxaquene A, Polana Caniço A, Mafalala; Bagamoio, Zimpeto e Magoanine	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	1996	1998	632		PVHIV, COVs e sociedade em geral		**Prevenção** - Sensibilização para o teste; promoção e distribuição de preservativo; comunicação e sensibilização para mudança de comportamento (redução de número de parceiros, sexo intergeracional e transacional), promoção da fidelidade e abstinência; sensibilização para adesão ao Planeamento Familiar, PTV, CCR; promoção de biossegurança; campanhas de sensibilização massiva nas escolas e mercados; educação de pares nas empresas. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Cuidados básicos de higiene (banho, limpeza da casa); educação das famílias em cuidados de doente acamado; controle e seguimento na adesão ao tratamento, busca activa, encaminhamento a US; apoio moral e psicológico. **Mitigação** - Segurança alimentar - apoio e educação em nutrição - dieta equilibrada; fornecimento de cesta básica (não regular); apoio em actividades de geração de renda aos membros; formação de membros em habilidades para a vida através de cursos profissionais (electricidade, corte e costura, bordado, estufaria, carpintaria etc); envolvimento dos membros em actividades de geração de renda (criação de frangos, venda de lenha, carvão, laços de missanga com símbolo contra HIV); apoio em material e uniforme escolar para COVs; integração de COVs em escolas públicas; registo de COVs; distribuição de sementes de hortícolas aos beneficiários para canteiros caseiros e machambas individuais; construção e reabilitação de casas e latrinas melhoradas; promoção de actividades recreativas para COVs. **Advocacia** - Promoção e defesa dos direitos humanos e das PVHIV, campanhas contra estigma e discriminação; envolvimento dos líderes comunitários na sensibilização contra estigma e discriminação e na promoção dos DH das PVHIV.	Educação de pares nas US, comunidade, empresas, mercados, escolas e US; campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos (país, líderes comunitários, etc); uso de materiais audio-visuais (projecção de filmes sobre HIV e SIDA); criação de clubes nas escolas; formação de educadores de pares nas Empresas, Escolas e mercados.	UNICEF, HIVOS, SAT, OXFAM Australia, CNCS, HACI, Action Aid, Stephen Lewis Foundation, TIDES, VSO, Skillshare International, Alliance International, SAFAIDS	Produção e venda de laços de missangas e de pano; fornecimento / venda de agua; criação e venda de animais de pequena espécie; venda de carvão e lenha; produção e venda de hortículas; confecção e venda de alimentos (refeições)	CS 1 de Maio, CS Polana Caniço, e CS Bagamoio	DPMAS	Irene Cossa (coordenadora)	824270150/ 21407180 827002007
Pfuca u Hanya	Bairro Polana Caniço A, Rua da Costa do Sol 140 (ao lado do CS Polana Caniço e esquadra)	Polana Caniço B, Maxaquene B	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2005	2006	24		PVHIV e COVs	2388 dos quais 56 CCR	**Prevenção** - Promoção e distribuição de preservativo; sensibilização para testagem, PTV, CCR, sensibilização para adesão ao Tratamento. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Cuidados básicos de higiene (banho, limpeza da casa); educação das famílias em cuidados de doente acamado; controle e seguimento na adesão ao tratamento; busca activa; encaminhamento de novos pacientes dentro da US; educação ao tratamento. **Mitigação** - Apoio e educação em nutrição-dieta equilibrada. **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação e promoção dos Direitos das PVHIV.	Educação de pares na comunidade e US, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com líderes comunitários e comunidade, projecção de filmes sobre HIV e SIDA (prevenção, educação ao tratamento, estigma e discriminação), capacitação dos líderes comunitários.	ICAP, PATHFINDER, SATAM		Hospital Militar, Hospital Geral de Mavalane Hospital Geral José Macamo, CS Polana Caniço		Thausen (coordenador)	827248250 847195330
Pepetseca	Maxaquene A, Círculo do Bairro (Grupo Dinamizador)	Maxaquene C e Polana Caniço A	OCB Juvenil	2002		25	25	Comunidade em geral		**Prevenção** - Promoção e distribuição de preservativo; sensibilização para testagem e PTV, educação em saúde sexual e reprodutiva.	Educação de pares na comunidade e US, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com líderes comunitários e comunidade, projecção de filmes sobre HIV e SIDA em locais com aglomerados populacionais como mercados e paragens - temas: prevenção, estigma e discriminação, sensibilização por via do teatro interactivo (teatro do oprimido).	Medicos Del Mundo Espanha, MONASO, HANDICAP, AMODEFA, WILSA, FÓRUM MULHER, Direcção da Juventude e Desportos (Fundo de Iniciativa Juvenil)	A Associação explora um internet café na comunidade	CS 1 de Maio e CS Polana Caniço, SAAJ	SAAJ, WILSA, FÓRUM MULHER	Sergio Mazive (coordenador)	826554270 828553240
Pecov (porta de Esperança para Covs)	Bairro Polana Caniço B, Q 31, casa no 235	Polana Caniço A, B	OCB religiosa	2004	2007	10	17	COVs	250 (100 Pol Can A, 150 pol Can B)	**Prevenção** - Preparação das COVS em valores morais; saúde sexual e reprodutiva, informação básica sobre ITSs e HIV e SIDA (formas de transmissão e prevenção); sensibilização para abstinência e testagem antes do casamento; promoção da fidelidade mútua. **Cuidados** - Controle da adesão ao tratamento, encaminhamento a US, apoio moral e espiritual. **Mitigação** - Apoio em material e uniforme escolar para COVs, apoio no pagamento da mensalidade da escolinha para COVs menores de 5 anos de idade, apoio em cesta básica (não regular).	Tem um centro Aberto onde lecionam catequeze, promovem actividades culturais e recreativas como canto coral, teatro para crianças, adolescentes e jovens dos 0 aos 18 anos; sessões de aconselhamento para adultos, educação de pares e sensibilização massiva.	Igreja Evangélica Luz em Moçambique, TROCAIRE, DPS				Carlos Bila (coordenador)	827725630 826387600

MAPUTO CIDADE - DISTRITO URBANO KAMUBUCWANE (cont.)

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Amodefa	Bairro Alto Maé, Av. Da Tanzania, no 376	Cidade de Maputo	OCB Juvenil	1989	2003		600	Adolescentes e Jovens		**Prevenção** - Através do programa GERAÇÃO BIZ nos SAAJ, nas escolas e comunidade promove a sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco; promoção e distribuição de preservativos para maiores de 18 anos; promoção da abstinência para adolescentes; promoção e educação em saúde sexual e reprodutiva; promoção e sensibilização para Planeamento Familiar, PTV, CCR. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Trabalha em parceria com a Kindlimuka (referência e apoio comunitário em CD; Aconselhamento Pré e Pós TARV, cuidados básicos de saúde e higiene ao doente - banho, limpeza da casa; educação das famílias em cuidados de doente acamado; encaminhamento a US, controle e seguimento na adesão ao tratamento. **Advocacia** - Politicas para melhoria no acesso aos serviços de saúde; promoção e divulgação dos direitos das PVHIV; defesa dos direitos sexuais e reprodutivos das meninas grávidas na escola; promoção e defesa da igualdade de género, divulgação da Lei da Família e Direitos da Criança.	Educação de pares; sensibilização massiva nas Escolas para testagem.	IPPF, CNCS, UNFPA, GAS (Grupos Africa Suecia), Embaixada do Japão, Embaixada dos Paises Baixos, Fundação Ford, FHI, Pathfinder International, Cooperação Francesa, Fundo do Japão, OMS, PMA, DSW, Embaixada da Holanda		CS 1 de Maio	SAAJ	Estevão	821405141 848835805 823031649
Avimas	Bairro, 25 de Junho. Av de Moçambique 6480, Bairro de Bagamoio	Bairro de Bagamoio e Luis Cabral, todo distrito Kamubukwane e província de Maputo	OCB	1996	1997	300	40 e 300 voluntá-rias	Mulheres viúvas, mães solteiras, e crianças (COVs)		**Prevenção** - Promoção e distribuição de preservativo, sensibilização para mudança de comportamento (fidelidade, abstinência, redução de número de parceiros) sensibilização para PTV; promoção da biossegurança. **Visitas Domiciliárias** - Aconselhamento para adesão ao TARV; encaminhamento a US; controle e seguimento na adesão ao tratamento; busca activa. **Mitigação** - Apoio em cesta básica (não regular); Formação profissional de membros fornecimento de material e uniforme escolar para COVs; possui um Gabinete de Atendimento a Violência contra a Mulher e Criança (apoio social).	Campanha porta a porta; educação de pares; palestras; marchas; envolvimento de líderes comunitários em debates sobre HIV e SIDA e género.	MONASO, FHI, COOPERAÇÃO ESPANHOLA, MMAS, NWETI.	corte costura, criação de frangos, formação na área de corte e costura, artesanato, alfabetização para mulheres	CS de Bagamoio e CS de Zimpeto		Elsa Eugenio (coordenadora)	84 3529160 82 6111890
Hixicanwe	Bairro 25 de Junho, AV. De Moçambique (próximo ao Quartel)	25 de Junho A e B, Inhagoia, Bagamoio	OCB	2006	2009		30	PVHIV e COVs	800	**Prevenção** - Promoção e distribuição de preservativo, sensibilização para mudança de comportamento (fidelidade, abstinência, redução de número de parceiros) sensibilização para PTV; promoção da biossegurança. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Aconselhamento Pré e Pós TARV; cuidados básicos de saúde e higiene (banho, limpeza da casa do doente); educação das famílias em cuidados ao doente acamado; encaminhamento a US; controle e seguimento na adesão ao tratamento. **Mitigação** - Educação em nutrição-dieta equilibrada; apoio em cesta básica (não regular); formação profissional de membros, fornecimento de material e uniforme escolar para COVs; refeição diária para COVS menores de 5 anos de idade através do Centro Aberto da Associação (das 7 as 12 horas). **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação; promoção dos Direitos das PVHIV.	Palestras; educação de pares; campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos (pais, líderes comunitários, etc); promoção e distribuição de preservativo; actividades culturais e desportivas com jovens dentro e fora da Escola; uso de materiais audio-visuais, patilha de histórias de vida; rádio e TV (programa *Ahiticambene - Saiba o seu Estado*) com rádio comunitária de Bagamoio; partilha de experiências de vida - quebra de silêncio.	ESSOR, MONASO, HANDICAP INTERNATIONAL , PATHFINDER, RENSIDA, PSI, MINISTÉRIO DA DEFESA (Quartel de Infulene)		CS Bagamoio	Acção Social (registo de idosos para aquisição de atestado de pobreza) COVS - cesta básica; INAS (leite para crianças nascidas de mães HIV positivas em estado de saúde debilitado); Conservatória do Bairro 25 de Junho	Judith Jesus (coordenadora)	823882269

MAPUTO PROVÍNCIA - MATOLA SEDE

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Vukani	Bairro D (círculo da Matola D)	Matola sede (A,C,D,F,G,H,J e Fomento)	OCB religiosa	2004	2007	10	24	Comunidade em geral	400 e 519	**Prevenção** - Aconselhamento para o teste; promoção da fidelidade e abstinência; sensibilização para mudança de comportamento (MCP, sexo intergeracional e transacional); sensibilização para PTV; promoção e distribuição de preservativo. **Visitas Domiciliárias** - Apoio moral e espiritual. **Mitigação** - Encaminhamento de PVHIV e COVs para serviços de apoio social (Acção Social).	Educação de pares; campanha porta a porta, debates e mesas redondas com líderes comunitários; projecção de filmes sobre HIV e SIDA e debates (prevenção e educação ao tratamento) em centros de aglomerados populacionais como mercados; paragens de chapa.	JHU/FDC; MONASO, NPCS, DPS		SC Matola 1, CS Matola 2, CS da Policia; Hospital Geral da Machava		Salomão Oliveira; Manuel Fabião Chauque	828854260 825973670
Acoord	Bairro Central, Rua Capitão Henriques de Sousa, 45, Maputo Cidade	Matola C	OCB Juvenil	1996	1998	150		Adolescentes e Jovens		**Prevenção** - Aconselhamento para o teste; promoção da fidelidade e abstinência; sensibilização para mudança de comportamento (MCP, sexo intergeracional e transacional); sensibilização para PTV; biossegurança; promoção e distribuição de preservativo.	Projecto a BANCA DA PREVENÇÃO - teatro interactivo - Banca da prevenção: teatro interactivo para promoção da mudança de atitude e comportamento em relação ao HIV; debates para maior envolvimento do homem na prevenção e mudança de comportamento de risco; mesas redondas, capacitação, debates com grupo alvo específico (sessões de bancada masculina e bancada feminina); pesquisa formativa; engajamento masculino individual e colectivo na promoção da igualdade de género (nas Escolas); envolvimento dos líderes comunitários, religiosos, estudantes e pais e encarregados de educação, líderes de associações locais na sensibilização.	DFID, Embaixada dos EUA (PEPFAR), Rede de Homens pela Mudança (HOPEM); FÓRUM MULHER, CDCS, FDC, OXFAM, MONASO, GYAM (rede Global de Organizações Juvenis), CNJ, AJUDE				Calisto Bila	21328709 824863530 823981372
Amodeca	Av. Samora Machel, Matola 442, Matola	Mussumbuluco	OCB	2004	2006	16		Mulheres e Crianças		**Prevenção** - Aconselhamento para o teste; promoção da fidelidade, abstinência, mudança de comportamento (MCP e sexo intergeracional e transacional); sensibilização para Planeamento Familiar, PTV, biossegurança; promoção e distribuição de preservativo.	Campanha porta a porta; debates; promoção e distribuição de preservativo; envolvimento dos líderes comunitários na sensibilização (chefes de quarteirões e de bairro), distribuição de material de IEC.	TROCAIRE, AMODEFA, JOINT, FDC, IGREJA METODISTA UNIDA, REDE HOPEM, MONASO, FORCOM				Alceu Manhique (presidente) Manuel do Rosario (coordenador)	828224420 845248520 847479150
Avvm (Vangano Va Matola)	Matola A (sede do PA da Matola Sede)	Matola A, C, Fomento	OCB		2010	15	15	PVHIV e PPD (adultos, crianças e idosos)		**Prevenção** - Sensibilização para o teste; promoção da fidelidade, abstinência; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; sensibilização para Planeamento Familiar e adesão ao PTV. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Identificação de doentes na comunidade; encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; apoio moral e psicológico. **Mitigação** - Sensibilização e capacitação das famílias em cuidados de PPD (mental), apoio em cesta básica (não regular).	Campanha porta a porta, debates; capacitação das famílias e comunidade sobre como lidar com PPD mental; envolvimento dos líderes comunitários na sensibilização (chefes de quarteirões e de bairro); distribuição de material de IEC; palestras.	HANDICAP INTERNATIONAL , MONASO, CENTRO DE APOIO PSICO-SOCIAL DO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE INFULENE		CS Matola 2 e Hospital Psiquiátrico de Infulene	Acção Social	Cecilia Chicuamba	826710559
Hilhulile	Matola F, Rua 12.110, Q 16, Casa Nº 175	Matola A, C,H, F, fomento	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2004		150		PVHIV, COVs e PPD		**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; sensibilização para Planeamento Familiar, PTV, CCR; distribuição de material de IEC; promoção de fidelidade; sensibilização para circuncisão masculina. **Cuidados** - Encaminhamento a US; controle da adesão ao Tratamento; busca activa, educação ao tratamento; cuidados básicos de saúde e higiene; tratamento ambulatório; apoio moral e psicológico. **Mitigação** - Distribuição de material escolar e uniforme para COVs; intergração de COVs sem familia em Centros de Acolhimento. **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação; promoção dos Direitos das PVHIV.	Educação de pares; campanha porta a porta; debates na comunidade; mesas redondas com grupos específicos; promoção e distribuição de preservativo; sensibilização para quebra do silêncio por via de partilha de histórias de vida.	MATRAM, RENSIDA, MONASO, SAT, IGREJA ANGLICANA, AMETRAMO		CS Matola 1, CS Matola 2	Educação/Esco-las; Acção Social	Wilson Timane (coordenador)	21783333 823816448

MAPUTO PROVÍNCIA - MATOLA SEDE (cont.)

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Acrima	Matola A, Q 44, Igreja Crista Zione	Matola A	OCB religiosa			10	20	PVHIV, COVs e PPD	PVHIV 100, COVs 200, PCD 20	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV; distribuição de material de IEC. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle da adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e espiritual. **Mitigação** - Apoio na formação profissional (informática, carpintaria, electricidade, e cerralharia), fornecimento de material escolar e uniforme para COVs. **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação de PVHIV, promoção dos Direitos Humanos das PVHIV.	Palestras, educação de pares, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com grupos específicos; promoção e distribuição de preservativo e sensibilização para quebra do silêncio; patilha de histórias de vida.	HANDICAP INTERNATIONAL , MONASO		CS Lingamo, CS Matola 1		Pedro Maela (presidente)	828690180
Florescente	Matola A,Q14, (circulo/sede do do PA)	Matola A e C	OCB	2007		15	30	PVHIV e COVs	45 PVHIV e 30 COVs	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; sensibilização para PTV; seguimento de CCR; distribuição de material de IEC; promoção e sensibilização para fidelidade. **Cuidados** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao Tratamento, busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene (banho e limpeza da casa). **Mitigação** - Distribuição de material escolar e uniforme para COVs; intergração de COVs sem familia em Centros de Acolhimento.	Educação de pares; campanha porta a porta; debates e mesas redondas com líderes comunitários; sensibilização em massa em centros de aglomerados populacionais como mercados, paragens de chapa.	ARK, HANDICAP, MONASO, NPCS		CS Matola 1, CS Matola 2, Hospital Psiquiátrico de Infulene para doentes mentais		João Cardoso (coordenador) Esménia Ambrósio (Oficial de Programas)	828806970
IBA	Matola A, Av. José Craveirinha, Q 16, célula 5	Matola A e C	OCB religiosa	2000	2003	20	15	PVHIV, COVs e mulheres em situação vulnerável (viúvas, separadas, desempre-gadas)	102, dos quais 66 crianças (45 PVHIV)	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional), promoção e distribuição de preservativos; sensibilização para PTV; seguimento de CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle da adesão ao Tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene (banho ao doente e limpeza da casa), apoio moral e espiritual. **Mitigação** - Fornecimento de cesta básica; assistência medicamentosa (compra de medicamentos fora do pacote de TARV que não sejam gratuitos ou não existam na farmácia do CS); assitência fúnebre (caixão); distribuição de material escolar e uniforme para COVs; registo de COVs por via de atestado de pobreza; educação em nutrição.	Palestras, educação de pares, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com grupos específicos; sensibilização para vida positiva.	SAT, MONASO		CS Matola 1, CS Fasol	INAS	Catarina Pedro	844122087 826723630
MMCD	Sede - Marracuene	Maxaquene A e Marracuene	OCB religiosa					PVHIV e COVs		**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; promoção da PTV, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da abstinência antes do casamento e fidelidade no seio de casais; sensibilização para testagem antes do casamento; educação em Saúde Sexual e Reprodutiva a Adolescentes e Jovens. **Domiciliárias** - Encaminhamento a US; sensibilização para adesão ao tratamento; apoio moral e espiritual. **Mitigação** - Provimento de cesta básica (não regular); material escolar e uniforme para COVs; educação em nutrição; apoio em despesas fúnebres através do INAS.	Tem um centro aberto onde lecionam catequeze para crianças; promovem actividades culturais e recreativas como canto coral e teatro para crianças, adolescentes e jovens dos 0 aos 18 anos; sessões de aconselhamento para adultos, educação de pares e sensibilização massiva para prevenção do HIV na igreja; em coordenação com outras igrejas fazem parte do GRUPO 10 - grupo de pastores de diferentes igrejas que promovem a educação de pares, aconselhamento para prevenção no seio de casais HIV positivos; promove e facilita ambiente seguro para quebra de silêncio entre casais crentes.	MONASO,			Acção Social, INAS	Maria Olivia Franca (coordenadora)	21418857 823081420

MAPUTO PROVÍNCIA - MATOLA SEDE (cont.)

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Livaningo	Cidade da Matola, Mesquita HAMZA,	Matola A, B, C, F, H, G	OCB	1998		150	26	PVHIV, COVs, PPD e idosos	280	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; sensibilização para PTV, CCR; distribuição de material de IEC. **Cuidados** - Referência e encaminhamento a US; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e espiritual. **Mitigação** - Provimento de cesta básica; distribuição de material escolar e uniforme para COVs; educação em nutrição.	Palestras, educação de pares, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com grupos específicos; sensibilização para vida positiva.	MONASO, HANDICAP, NPCS, Medicos Del Mundo, JUSTIÇA e PAZ, LIGA DE DIREITOS HUMANOS, FÓRUM MULHER		CS Matola 1 e CS Matola 2, Hospital de infulene para doentes mentais, Hospital da Machava	Acção Social, Liga dos Direitos Humanos, Justiça de Paz, CAPAZ, INAS, FÓRUM MULHER	Maria Elisa (coordenadora)	823884209
Tiphedzane		Matola A	OCB					COVs e mulheres PVHIV Viúvas		**Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular), educação em nutrição, registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme.						Luiz Francisco	849116661 827329363
Hneleti	Matola A, recinto da Igreja Benezer de Salvação de Moçambique	Matola A	OCB religiosa	2008	2008	10		COVs e PPD	104 COVs em famílias substitutas, dos quais 20 PVHIV	**Mitigação** - Acolhimento de COVs em famílias substitutas; apoio em material escolar e uniforme para COVs; integração das COVs nas escolas.	Integração das COVs em famílias substitutas.	MONASO, NPCS		CS Matola 1		Sra Júlia	824405960
Vana-vangu	Matola A, Rua Quinta das Rosas, Q 11	Matola A, Q 8, 10,14	OCB		2003	25		COVs e mulheres	97 COVs de 2 a 5 anos na Escolinha	**Mitigação** - Educação de infância das COVS entre 0 a 5 anos na escolinha Vana-Vangu; fornecimento de material escolar e uniforme para COVs; registo de COVs por via de atestado de pobreza; educação e formação de mulheres em nutrição, corte e costura, alfabetização de mulheres adultas.	Campanha porta a porta.	MONASO				Acimo Ferrão (coord) Alda Issaia (presidente)	824685060
Amparo	Matola 700, Unidade G, recinto da Paróquia Nossa Senhora do Amparo	Matola G, F, B, D, H e mussumbuluco	Projecto da Paróquia Nossa Senhora do Amparo	2002			10	Adolescen-tes, Jovens, Comunidade em geral	85 PVHIV	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; testagem; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para Planeamento Familiar, PTV, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral, espiritual e psicológico; utilização da medicina verde. **Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular), educação em nutrição.	Visita porta a porta; projecção de filmes; debates na escola; catequeze para jovens e adolescentes.	FDC, MONASO	Prática da Medicina Verde para venda	CS Matola 2	INAS, Acção Social	Rosalia Mechico (activista/enfer-meira); João Raimundo (coordenador), padre Eduarco Cuamba (responsável máximo)	825612364 823974649
Ajudemos	Cidade da Matola, Escola 30 de Janeiro	Matola A e C	OCB Juvenil	2005	2006	12	19	Adolescen-tes e Jovens	7000 adolescentes dentro da escola (6ª e 7ª classes)	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para SAAJ; distribuição de material de IEC; sensibilização para abstinência (sexo para mais tarde); educação em Saúde Sexual e Reprodutiva.	Teatro; debates; palestras.	HANDICAP INTERNATIONAL , MONASO, ADPP, MJD, CASA DE MUNDO		CS Matola 1		Azize Amade (coordenador) Cheila Marla (Oficial de Programas)	823991178 828884033

MAPUTO PROVÍNCIA - MANHIÇA

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Amuchefa	Posto Administrativo de Maluana, Estrada Nacional no 1, Zona Chirindza, Bairro Phafene - ref. Loja da Esperança	Chibututuine e Phafene	Associação de Mulheres PVHIV e simpatizan-tes	2002	2004	10	50	PVHIV e COVs	250 famílias (40 PVHIV adultos em TARV) e 75 COVs (10 PVHIV)	**Prevenção** - Sensibilização para o teste, comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia), promoção e distribuição de preservativos, aconselhamento e encaminhamento para PTV, CCR; distribuição de material de IEC, promoção da abstinência e fidelidade. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento, busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral, espiritual e psicológico. **Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular), educação em nutrição, registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme.	Palestras, educação de pares, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com grupos específicos; sensibilização para vida positiva.	KUYAKANA, SAT, FDC/JHU, NDCS, HACCI, MONASO		CS Manhiça	Acção Social	Maria António (coordenadora)	824870420 825395303
Xitlhango	Av. de Moçambique, EN no 1, IPM Cambege	Cambege e Manhiça sede e Maciana	OCB	2006	2008	25	125	PVHIV, COVs e Comunidade em geral	700	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo transacional e intergeracional); promoção e distribuição de preservativos, aconselhamento e encaminhamento para PTV, CCR; distribuição de material de IEC; sensibilização para abstinência e fidelidade. **Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; sensibilização para adesão ao tratamento; cuidados básicos de higiene; apoio moral, espiritual e psicológico. **Mitigação** - registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme; referência de COVs a Serviços Sociais.	Palestras, educação de pares, campanha porta a porta, debates; mesas redondas com líderes comunitários e religiosos.	CISM (Centro de Investigação de Saúde da Manhica), MONASO	Machamba	CS da Manhiça	Acção Social	Abílio Amosse Mahumane (coordenador)	828836750 847452131
ASMAMA (Mahanhela Matxwa)	CS de Manhiça	Manhiça Sede	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2003		63	voluntá-rios 6	PVHIV, COVs e Comunidade em geral	710 famílias PVHIV	**Prevenção** - Palestras sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, CCR; distribuição de material de IEC, promoção da abstinência e fidelidade; sensibilização para vida positiva. **Cuidados Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; Acolhimento na US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e psicológico. **Mitigação** - Encaminhamento a apoio social na US.	Palestras nas US; educação de pares; campanha porta a porta; debates na comunidade; mesas redondas com grupos específicos; grupos de apoio na US; sensibilização para quebra do silêncio por via de partilha de histórias de vida.	DDS		CS da Manhiça	Acção Social	Simão Pelembe (coordenador)	826188886 844790086

GAZA - CHIBUTO

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Ntwanano	Av. Eduardo Mondlane	Chibuto Sede: Bairro 1,2,3, Nhocane, Canhanda, Mussavene, 25 de Junho, Samora Machel, Chimundo, Mudada	OCB	2000	2004	45	197	PVHIV, COVs e Jovens	PVHIV - 1600	**Prevenção** - Sensibilização para o teste, comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem proteção, sexo intergeracional e transacional; promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV; promoção do Planeamento Familiar e parto institucional; seguimento no CCR, distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US, controle de adesão ao tratamento, busca activa, cuidados básicos de saúde e higiene, apoio moral e psicológico, espiritual e psicológico, compra de medicamentos, controle de adesão as consultas (PTV), levantamento de medicamentos para doentes acamados. **Mitigação** - Registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme, protecção legal da criança, matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante, apoio psicosocial a COVs, registo de crianças; cesta básica/apoio e educação nutricional, melhoria de condições habitacionais (reabilitação de casas em precárias condições); segurança alimentar.	Palestras na comunidade e Unidades Sanitárias, mercados e escolas ; educação de pares nas US e comunidade; campanha porta a porta; debates; grupos de apoio na comunidade e CS com grupos específicos (mulheres grávidas); sensibilização para vida positiva; palestras no círculo do Bairro com envolvimento dos líderes comunitários; palestras no CS, sessões de demonstração de como preparar papas nutritivas para crianças; teatro interactivo nas Escolas e locais com concentração de pessoas (mercados); encontros mensais de grupos de apoio mútuo (20 PVHIV); projecção de filmes sobre HIV (vida positiva, educação ao tratamento, prevenção); debates com grupos específicos na comunidade (sogras, líderes comunitários - líderes tradicionais e religiosos).	UNICEF, DDSMAS, SAVE THE CHILDREN, MONASO, MATRAM, FONGA, FDC/JHU, EGPAF, NPCS	Machamba que apoia em Cesta básica (alimentação aos PVHIV e COVs), e hortas individuais dos membros	CS 25 de Junho, Hospital Rural	Acção Social/INAS	Carlos Ofisso (coordenador)	827493570 28272221
Anyane	Bairro Ncanhanda, Q 6	Chibuto Sede: Bairro 25 de Junho, Bairro 1, 2, 3, Ncanhavano	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2004	Em processo de registo	108	46	PVHIV e COVs	43 PVHIV; 1300 COVS	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem protecção), promoção e distribuição de preservativos, aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados** - Referência e encaminhamento a US, controle de adesão ao tratamento, busca activa, cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e psicológico, espiritual e psicológico, compra de medicamentos, controle de adesão às consultas (PTV), levantamento de medicamentos para doentes acamados. **Mitigação** - Registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme, protecção legal da criança, apoio financeiro para matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante, apoio psicosocial a COVs, registo de crianças; provimento de cesta básica.	Palestras na comunidade e nas Unidades Sanitárias, mercados e escolas; educação de pares, campanha porta a porta, debates; grupos de apoio na comunidade e CS com grupos específicos (mulheres grávidas, sogras); sensibilização para vida positiva; palestras no círculo do Bairro com envolvimento dos líderes comunitários; palestras no CS.	RENSIDA, MONASO, KUVUMBANA, TXAVELELO, ARREPACHO, PFUCANE, OXFAM AUSTRALIA, UNESCO, UNICEF, NPCS	Machamba que apoia em cesta básica (alimentação aos PVHIV e COVs)	CS 25 de Junho; Hospital Rural	Acção Social e INAS, DDE (direcção Distrital de Educação)	Jorge Muianga (coord) Herminio Matusse (oficial de Programas)	829566150 825341389
Tsembeka	Escritórios do CCM (Conselho Cristão de Moçambique)	Chibuto Sede: Bairro 25 de Junho, Bairro 1, 2,3, Bairro Mudada, Ncanhanda, Chimundo, Samora Machel	OCB	2003		22	100	PVHIV e COVs	92 PVHIV em CD; 600 COVs assistidas; com apoio directo 180 + 300 com apoio da Acção Social	**Prevenção** - Sensibilização para o teste, comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional); promoção e distribuição de preservativos, aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC sobre HIV e SIDA; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle da adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene, banho e limpeza da casa); apoio moral, espiritual e psicológico. **Mitigação** - Provimento de cesta básica para COVS; educação em nutrição; registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme para COVs; protecção legal da criança; matriculas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs; compra de medicamentos fora do pacote de TARV.	Educação de pares; campanha porta a porta, debates; mesas redondas com grupos específicos; encontro de estudo de caso/partilha de experiências individuais de PVHIV - grupos de apoio; sensibilização para vida positiva, projecção de filmes sobre HIV e SIDA; palestras; envolvimento dos líderes comunitários; palestras no CS.	IGREJA ASSEMBLEIA DE DEUS, DSF, PMA/AUXÍLIO MUNDIAL, AFRICA ORCUS	pequenos negócios individuais dos membros (12 membros)	CS 25 de Junho; Hospital Rural	Acção Social	Simão Mazive (supervisor de CD)	820732530

GAZA - CHIBUTO (cont.)

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Uxaka	Bairro1, 25 de Junho (loja Mafandjara, no desvio para Samora machel)	Chibuto Sede Bairro Samora Machel, Bairro 25 de Junho, B Mudade, B. 3 de Fevereiro, Uhamundza, Chimundza, Nhacane, B1	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2007		45	25	PVHIV e COVs	PVHIV 230, COVs 240	**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem movel); comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia, sexo intergeracional e transacional, e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem proteção); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento familiar, CCR, distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência; sensibilização para circuncisao masculina. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral, espiritual e psicológico; compra de medicamentos fora do pacote de TARV não disponíveis na US. **Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular); educação em nutrição; registo de COVS; provimento de material escolar e uniforme para COVs; protecção legal da criança; matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs.	Palestras na comunidade, US, mercados e escolas; educação de pares; campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos; sensibilização para vida positiva; projecção de filmes sobre HIV e SIDA.	FÓRUM MULHER/UNIFEM, SAT, KUYAKANA, DDSMAS, MONASO, FONGA, MULEIDE, FDC, SAVE THE CHILDREN	Criação de galinhas poedeiras pelos membros	CS 25 de Junho; Hospital Rural	Acção Social, Educação	Herminia (coordenadora)	827526299
ADS	Bairro 25 de Junho, Estrada Nacional no 206, Unidade 1	Chibuto sede: Bairro 1, 2, 3, Mussavene, 25 de Junho, Mudada	OCB	1998	1999	30	20	PVHIV e COVs	PVHIV - 100 COVs - 100	**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem móvel); comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem proteção); promoção e distribuição do preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade. **Cuidados e Visitas Domiciliárias -** Referência e encaminhamento a US; controle da adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene (banho e limpeza de casa); apoio moral e psicológico; compra de medicamentos. **Mitigação -** Provimento de cesta básica (irregular); educação em nutrição; registo de COVS; provimento de material escolar e uniforme; proteção legal da criança; pagamento de matriculas de crianças que frequentam a 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs. **Advocacia -** Divulgação da lei contra estigma e discriminação e defesa dos Direitos das PVHIV; campanhas contra violência doméstica; Divulgação e Promoção dos Direitos da Criança.	Palestras na comuniadde e Unidades Sanitárias, e mercados e escolas educação de pares, campanha porta a porta.	SAT, MONASO, MRDF (Metodist Relief…), Save the Children, PMA	Machamba para membros e beneficiários	CS 25 de Junho; Hospital Rural	DDSMAS, INAS	Arnaldo (oficial de programas)	824155430

GAZA - XAI-XAI

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Reencontro		Posto Administrativo Patrice Lumumba (B.11 e 13)	OCB	1998	2003	97	72	PVHIV, COVs	COVs - 2057 PVHIV 919 (15 HIV e TB, 367 em TARV	**Prevenção** - Sensibilização para o teste; sensibilização para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem proteção); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência; provisão de rede mosquiteira; biossegurança. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US, controle de adesão ao tratamento, busca activa, cuidados básicos de saúde e higiene, apoio moral e psicológico. **Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular); educação em nutrição; registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme; proteção legal da criança; matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicossocial a COVs; cuidado e atendimento a criança; reabilitação de casas e construção de latrinas melhoradas; saneamento do meio. **Advocacia** - Divulgação da lei contra estigma e discriminação e defesa os Direitos das PVHIV; campanhas contra violência doméstica; divulgação e promoção dos Direitos da Criança.	Palestras na comunidade e Unidades Sanitárias, e mercados e escolas; educação de pares, campanha porta a porta, debates; grupos de apoio na comunidade e CS com grupos específicos (mulheres grávidas, sogras); debates mensais com sogras (grupos de 15 sogras) sensibilização para vida positiva; palestras no círculo do Bairro com envolvimento dos líderes comunitários; palestras no CS, capacitação dos Médicos Tradicionais em Biosegurança.	FDC/JHU, MONASO, MCODE, PATHFINDER, EMBAIXADA DOS EUA, USAID, NPCS, FONGA, PMA, ICAP, CROSS INTERNATIONAL , REDE CRIANÇA, PSI, AMETRAMO	Machamba para apoio alimentar aos membros e beneficiários; estaleiro; aluguer de juntas de boi.	CS Patrice Lumumba, CS xai-Xai cidade	Acção Social, LDH	Monica Bila (coordenadora)	827807160
Activa	Bairro 11, próximo a Escola Joaquim Chissano	Bairro 1,2,3,4, 8, 9,10,11,13 e Bairro Cocamissava	OCB	1991	1994	65	64 voluntá-rios	PVHIV, COVs	1212 PVHIV, 1794 COVs	**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem móvel); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e psicológico; levantamento de medicação para doentes acamados; **Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular) aos beneficiários; educação em nutrição; registo de COVS; provimento de material escolar e uniforme para COVs; proteção legal da criança; matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs; reabilitação de casas e construção de casas para COVs.	Educação de pares, campanha porta a porta, debates; palestras no círculo do Bairro com envolvimento dos líderes comunitários e Médicos Tradicionais.	FDC, PMA, MONASO, PATHFINDER, PSI, REDE CRIANÇA	Gastronomia / culinária - venda de alimentos cozidos em dias festivos, feiras e para eventos; criação e venda de frangos; 2 machambas (uma zonal e outra anual zona baixa da cidade)	CS Patrice Lumumba, CS xai-Xai cidade	Acção Social	Milagrosa Navingo (coordenadora)	824818980 824516810
Lado Lado	Bairro A da cidade, Rua Mártires de Wiriam	Bairro Patrice Lumumba, Ndambine 2000, Zimilene	OCB Juvenil	2000	2004	93	80 (60 Preven-ção e 20 CD)	PVHIV, COVs e Jovens	PVHIV - 123, COVS 423	**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem móvel), aconselhamento pré-teste na US, comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a Prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem proteção), promoção e distribuição de preservativos, aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR, distribuição de material de IEC, promoção da fidelidade e abstinência, provisão de rede mosquiteira, biossegurança. **Cuidados** - Referência e encaminhamento a US, controle de adesão ao tratamento, busca activa, cuidados básicos de saúde e higiene, apoio moral e psicológico, compra de medicamentos. **Mitigação** - Provimento de cesta básica (irregular), educação em nutrição, registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme, proteção legal da criança, matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante, apoio psicosocial a COVs, cuidado e atendimento a criança, reabilitação de casas e construção de latrinas melhoradas, saneamento do meio. **Advocacia** - Divulgação da lei contra estigma e discriminação e defesa dos Direitos Humanos das PVHIV; campanhas contra violencia doméstica; divulgação e promoção dos Direitos da Criança.	Palestras na comuniade e Unidades Sanitarias (SAAJ) e escolas, mercados; educação de pares, campanha porta a porta - grupos de apoio de jovens PVHIV no SAAJ do CS Xai Xai cidade, sensibilização para vida positiva; palestras no círculo do Bairro com envolvimento dos líderes comunitários (Comite); palestras no CS, teatro interactivo (teatro do oprimido), projecção de filmes nas cadeias e em locais de aglomerados populacionais (escolas, mercados); brigada móvel para testagem (em parceria com US), Grupo de apoio de TARV chefiado por um casal da comunidade.	EGPAF, PATHFINDER, COOPERAÇÃO CANADIANA, MONASO, SAT, MATRAM, TERRA DES HOMES, FONGA, REDE CRIANÇA, REDE CAME, LDH, DPJD, GABINETE DE ATENDIMENTO A MULHER E CRIANÇA, DPMAS, NWETI	Estaleiro (venda de material de construção); venda de lenha; e corte e costura para apoio a PVHIV e COVS	CS Patrice Lumumba, CS xai-Xai cidade	Acção Social (DPMAS), LDH, GABINETE DE ATENDIMENTO A MULHER E CRIANÇA	Natercia Duvane	28222169 829556290

GAZA - XAI-XAI (cont.)

DESIGNAÇÃO	ENDEREÇO	COBERTURA GEOGRÁFICA	TIPO DE ORG.	ANO DE CRIAÇÃO	REGISTO	MEMBROS	ACTI-VISTAS	GRUPO ALVO	NÚMERO DE BENEFICIÁ-RIOS	ACTIVIDADES/SERVIÇOS	METODOLOGIA	PARCEIROS	ACTIVIDADE DE GERAÇÃO DE RENDA	REFERÊNCIA		RESPONSÁ-VEL	CONTACTO
														SAÚDE - US	OUTROS SERVIÇOS		
Bassopisso	EN 1, Bairro 6 Fidel Castro, Nambine 2000, Ref. Terminal dos chapas	Bairro Ndambine 2000 (Fidel Castro B6, Ndambine B7, 8)	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2001		114	38	PVHIV, Muheres viúvas e mães solteiras e COVs	PVHIV 1046 (459 h e 587 M; COVS 789 (406 rapazes e 383 meninas)	**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem móvel); comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem proteção); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência; promoção da circuncisão masculina; biossegurança. **Cuidados e Visistas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e psicológico; compra e levantamento de medicamentos para doentes acamados. **Mitigação** - Provimento de cesta básica; educação em nutrição; registo de COVS; provimento de material escolar e uniforme; proteção legal da criança; matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs; melhoria de condições habitacionais e saneamento do meio; subsídio de transporte para doentes que moram longe do CS para adesão ao tratamento; acolhimento de COVS em famílias substitutas; formação de jovens em cursos profissionais (carpintaria, mecânica, corte e costura). **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação de PVHIV, campanhas contra violência doméstica; divulgação e promoção dos Direitos da Criança.	Acolhimento de pacientes nas US (por activistas da Ass); palestras na comunidade, US, mercados, Escolas, círculo do Bairro; educação de pares; campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos; sensibilização para vida positiva; projecção de filmes sobre HIV e SIDA nos mercados e US; divulgação da lei contra estigma e discriminação e defesa dos Direitos Humanos das PVHIV.	SAT, MONASO, FONGA, KUYAKANA, INTERNATIONAL SERVICE (IS), ICPD, FÓRUM MULHER, MATRAM, RENSIDA	Machamba	CS Marien Ngoabi, CS da FIR (quartel), CS XaiXai cidade	INAS, DPMAS, Educação (Escolas)	Candida Paruque (coordenadora) Helcidio Manuel (oficial de programas)	28226833 824471780 820547470
Kuvumbana	Bairro 3 de Nhamisa, EN 1, paragem Mathavele	Bairro Nhamisa e Marien Ngoabi, Ndambine 2000	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2002	2004	220	271	PVHIV Adultos (501 - 126 acamados, 375 não acamados) COVs - 2400		**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem móvel); sensibilização para mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem protecção); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; acolhimento na US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e psicológico; levantamento de medicamentos para doentes acamados; compra de medicamentos fora do pacote de TARV que hajam nas US. **Mitigação** - Provimento de cesta básica; educação em nutrição; registo de COVS, provimento de material escolar e uniforme; protecção legal da criança; matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs; melhoria de condições habitacionais e saneamento do meio; subsídio de transporte para doentes que moram longe do CS para adesão ao tratamento. **Advocacia** - Campanhas contra estigma e discriminação de PVHIV, campanhas contra violência doméstica; divulgação e promoção dos Direitos da Criança.	Palestras na comunidade, US, mercados e Escolas; educação de pares, campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos (líderes comunitários e religiosos); projecção de filmes sobre HIV e SIDA; divulgação da lei contra estigma e discriminação e defende os Direitos Humanos das PVHIV; encontros/ mesas redondas mensais com sogras (Grupo Muthimba); peças teatrais na comunidade e escolas,e locais de concentração populacional (mercados).	DSF (Dolores Sem Fronteira), UNICEF, SAT, EGPAF, FONGA, RENSIDA, MONASO, MATRAM, NPCS, PMA	Criação e venda de frangos; corte e costura; machamba	CS Marien Ngoabi, CS da Cidade (Xai-Xai)	Acção Social	Francelina Tamele (coordenadora) Jaime Mugabe (oficial de Programas)	28226766 828599080
Vontade	Bairro Marien Ngoabi, Estrada nacional n 1 (terminal de chapas da cidade de Xai-Xai)	Bairro Marien Ngoabi A e B	Associação de PVHIV e simpatizan-tes	2002	2003	98		PVHIV, mulheres solteiras e viúvas, COVs	188	**Prevenção** - Sensibilização para o teste (campanhas de testagem móvel); sensibilização comunicação para a mudança de atitudes e comportamentos de risco (MCP, poligamia e práticas culturais perversas a prevenção - Kutchinga com recurso ao sexo sem protecção); promoção e distribuição de preservativos; aconselhamento e encaminhamento para PTV, Planeamento Familiar, CCR; distribuição de material de IEC; promoção da fidelidade e abstinência. **Cuidados e Visitas Domiciliárias** - Referência e encaminhamento a US; controle de adesão ao tratamento; busca activa; cuidados básicos de saúde e higiene; apoio moral e psicológico; levantamento de medicamentos para doentes acamados. **Mitigação** - Provimento de cesta básica; educação em nutrição; registo de COVS; provimento de material escolar e uniforme; protecção legal da criança; matrículas de crianças que frequentam 8ª classe em diante; apoio psicosocial a COVs; melhoria de condições habitacionais e saneamento do meio.	Palestras na comunidade e US, mercados e Escolas; educação de pares; campanha porta a porta; debates; mesas redondas com grupos específicos; sensibilização para vida positiva; peças teatrais na comunidade e escolas e locais de concentração populacional (mercados).	KUYAKANA, NWETI, MATRAM, DSF, NPCS, MONASO, DPJD, PMA, FONGA		CS Marien Ngoabi, PS 4 de Outubro	Acção Social	Leonor Machava	828382350

ANEXO B - Lista das Instituições Contactadas/Entrevistadas

MAPUTO CIDADE

1. PFUKA UHANYA (Associação de PVHIV)
2. KINDLIMUKA (Associação de PVHIV)
3. COALIZÃO (Associação Juvenil)
4. AHITIPALUCHENE (Associação de mulheres PVHIV)
5. AHILHULENENALA (Associação de PVHIV)
6. HOCOSIDA (Associação de Homens contra SIDA)
7. TIHNENA (Associação de PVHIV)
8. KUTENGA (Associação Juvenil)
9. AMODEFA (OCB Juvenil)
10. ANEMO (Associação Nacional dos Enfermeiros Moçambicanos)
11. HIXICANWE (OCB)
12. PECOV (Ass Porta de Esperança para COVs)
13. PEPETSECA (Associação Juvenil)
14. AMMCJ (Associação de Mães Intercessoras Cristãs)
15. AVIMAS (OCB)

Redes

1. MONASO (Rede de Organizações Moçambicanas de Luta contra SIDA)
2. RENSIDA (Rede Nacional de Associações de PVHIV)
3. KUYAKANA (Rede de Associações de Mulheres PVHIV)

Unidades Sanitárias

1. CS 1º de Maio
   UATS
   Direcção do Centro
   SAAJ
2. Centro de Saúde de Polana Caniço
   UATS
   Gabinete médico de consulta
   Serviços de TARV

MAPUTO PROVÍNCIA

Matola

1. NHELETI (OCB de base religiosa de apoio a COVs)
2. ACRIMA/HITOHINE (OCB de base religiosa de apoio a PVHIV e COVS)
3. IBA (Instituto Betânia África - OCB de base religiosa de apoio a PVHIV e COVs)
4. VUKANI (OCB de base religiosa)
5. TIPHEZANI (Associação Juvenil)
6. AMPARO (OCB- Projecto da Paróquia Nossa Senhora do Amparo)
7. AVV MATOLA (Ass. Vangano Va Matola - OCB)
8. AMODECA (OCB)
9. AURORA DA VIDA (OCB)
10. LIVANINGO (OCB)
11. VANAVANGU (OCB de apoio as COVs)
12. HILHULILE (Associação de PVHIV e simpatizantes)
13. FLORESCENTE (Associação de PVHIV e simpatizantes)
14. AJUDEMOS (Associação Juvenil)
15. ACCORD (Associação Juvenil)

Unidades Sanitárias

1. CS MATOLA 1
   Direcção do Centro
   Observação participante nos serviços de ATS e Consultas (TARV)

Manhiça

1. AMUCHEFA (Associação de Mulheres HIV positivas chefes de família)
2. Mahanhela Mahantxwa (Associação de PVHIV)
3. Xitlhango (OCB)

GAZA

Chibuto

1. UXACA (Associação de PVHIV e simpatizantes)
2. TSEMBECA (OCB de apoio a PVHIV e COVs)
3. Hanyane (Associação de PVHIV e simpatizantes)
4. Ntwanano (OCB)
5. ADS (OCB)

Xai - Xai

1. LADO LADO (Associação Juvenil)
2. KUVUMBANA (Associação de PVHIV e simpatizantes)
3. BASSOPISSO (Associação de PVHIV e simpatizantes)
4. REENCONTRO (OCB)
5. ACTIVA (OCB)
6. VONTADE (Associação de PVHIV e simpatizantes)

Unidades Sanitárias

1. CS Xai - Xai cidade
   Direcção do Centro
   UATS
2. CS Bairro Marien Ngoabi
   Serviços TARV

ANEXO C - Guia de Referência de Pessoas em Cuidados Domiciliários

CUIDADOS DOMICILIÁRIOS - Ficha do Voluntário
GUIA DE REFERÊNCIA

Data ____/____/____ Província _____ Distrito _____

HD de referência _____ Localidade _____ Comunidade _____

Organização _____ Nome do Voluntário _____

Nome da doente _____ Código_____ Idade _____ Sexo _____

Motivo/local da referência: (Preencher com um "X" onde corresponda)

MOTIVO		LOCAL	
Medicamentos (Especifique) _____	☐	Hospital de Dia	☐
Diarreia/desidratação ou febre	☐	Unidade Sanitária mais proxima	☐
Problema de pele/ Feridas no corpo ou a boca	☐	Programa de TB	☐
Feridas genitais	☐	SMI/PTV	☐
Problema respiratório Ou tosse >3 semanas	☐	Outro: _____	☐
Gravidez	☐	Outro: _____	☐
Outro: _____			

A SER PREENCHIDO NA UNIDADE SANITÁRIA E ENVIADA COM O VOLUNTÁRIO OU DOENTE

☐ Devolver a CD Data ____/____/____

☐ TARV ☐ Programa TB

☐ Profiláxia, TIO ☐ Cuidado as feridas

☐ Outros Medicamentos ☐ Outro

Observações ou intruções para o doente / Programa de CD: _____

_____

_____

_____

_____ Data de proxima consulta/controle: ____/____/____
Unidade Sanitária - Local

_____
Assinatura do pessoal da US