

Documento Exploratório sobre a Resposta Nacional ao HIV em Situações de Emergência em Moçambique:

Utilizando os Estudos de Caso de Gaza e Zambézia



As opiniões expressas nas publicações da OIM - Organização Internacional para as Migrações são dos autores e não reflectem necessariamente a opinião da OIM. As denominações utilizadas no presente relatório e a forma pela qual são apresentados os dados não implicam, por parte da OIM, qualquer opinião sobre a condição jurídica dos países, territórios, cidades ou áreas, ou mesmo as suas autoridades, nem tão pouco a respeito à delimitação de suas fronteiras ou limites. Quaisquer erros e omissões são da responsabilidade dos autores.

A OIM compromete-se pelo princípio de que a migração ordenada e em condições humanas beneficia os migrantes e a sociedade. Como organização intergovernamental, a OIM actua com os seus parceiros da comunidade internacional para: ajudar a enfrentar os crescentes desafios da gestão da migração; fomentar a compreensão das questões migratórias; promover o desenvolvimento social e económico através da migração; e garantir o respeito pela dignidade humana e bem-estar dos migrantes.

A OIM e o UNICEF são co-financiadores deste projecto.

Edição: Organização Internacional para as Migrações
 Bairro Central
 Rua João Carlos Raposo Beirão, 327
 Maputo, Mozambique
 Tel.: +258 1 310 779
 Fax: +258 1 310 760
 Internet: www.iom.int

Fotos de capa: Capa – © IOM 2015
 Contracapa – © IOM 2015

© 2018 Organização Internacional para as Migrações (OIM)

Todos os direitos reservados. Esta publicação não poderá ser reproduzida, total ou parcialmente, nem gravada por quaisquer sistemas de registos, nem transmitida por quaisquer meios eletrónicos ou mecânicos, nem sujeita a processos de fotocópia sem a autorização prévia do editor.

Documento Exploratório sobre a Resposta Nacional ao HIV em Situações de Emergência em Moçambique:

Utilizando os Estudos de Caso de Gaza e Zambézia

Maio de 2017

Laura Nicole Tomm-Bonde, PhD

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório contou com o valioso contributo das seguintes organizações:

- Instituto Nacional de Gestão das Calamidades (INGC);
- Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS);
- Organização Internacional para as Migrações (OIM);
- UNICEF.

ÍNDICE

Agradecimentos	iii
Lista de Tabelas.....	v
Lista de Síglas	vi
Preâmbulo	viii
Sumário Executivo	ix
1. Introdução.....	1
1.1. Contexto	1
1.2. Estruturas	2
1.3. Objectivos.....	4
2. Metodologia	5
2.1. Amostragem	5
2.2. Cobertura Geográfica	6
3. Contestações.....	7
3.1. Estruturas Governamentais de Gestão de Calamidades	
e Inclusão do HIV/SIDA na Planificação de Emergência	7
3.2. Risco do HIV e Infecções Transmissíveis Sexualmente durante	
Emergências (Cheias e Seca)	10
3.3. Acesso aos Serviços de Saúde Relacionados com o HIV.....	12
3.4. Apoio Alimentar e Nutricional.....	17
3.5. Acesso à Água, Saneamento e Higiene.....	19
3.6. Protecção.....	20
3.7. Capacidade	22
3.8. Mecanismo usado durante a Escassez Alimentar Extrema	22
4. Debate.....	25
4.1. Pontos-chave	25
4.2. Recomendações	26
5. Refêrencias.....	29

LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Índices de Malnutrição Aguda Global na Zambézia e em Gaza	2
Tabela 2:	Resumo da Recolha de Dados.....	6
Tabela 3:	Mecanismos usados durante Períodos de Escassez e Insegurança Alimentar	23

LISTA DE SÍGLAS

ART	Tratamento Anti-retroviral
C4D	Comunicação para o Desenvolvimento
OBC	Organização Baseada na Comunidade
CGC	Coordenação e Gestão de Campo
CENOE	Centro Nacional Operativo de Emergência
CERUM	Centro de Recursos e de Uso Múltiplo
CLGC	Comitês Locais de Gestão de Calamidades (CLGC)
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
OSC	Organização da Sociedade Civil
CVM	Cruz Vermelha de Moçambique
DPS	Direcção Provincial de Saúde
GRC	Gestão de Risco de Calamidades
CPA	Comida por Activos
FGD	Debate de Grupos Focais
GAAC	Grupos de Apoio à Adesão Comunitária
MGA	Malnutrição Global Aguda
VBG	Violência Baseada no Género
EHN	Equipa Humanitária Nacional
HIV	Vírus de imunodeficiência humana
PDI	Pessoas Deslocadas Internamente
IASC	Comité Permanente de Interagências
INGC	Instituto Nacional de Gestão de Calamidades
OIM	Organização Internacional para as Migrações
MISAU	Ministério da Saúde
MSF	Médicos sem Fronteiras
MTCT	Transmissão do vírus de mãe para filho

MUAC (CB)	Circunferência do braço
NFI	Géneros não alimentares
NSA	Nutrição e Segurança Alimentar
ONG	Organização Não Governamental
PPE	Profilaxia Pós Exposição
PVHS	Pessoas Vivendo com o HIV
PMTCT	Prevenção da transmissão de mãe para filho
RCO	Gabinete do Coordenador Residente
VSBG	Violência Sexual Baseada no Género
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
TAC	Centros de Acomodação Temporária
TARV	Tratamento anti-retroviral
ONU	Organização das Nações Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNFPA	Fundo das Nações Unidas para a População
ACNUR	(Gabinete) Alto Comissariado da ONU para os Refugiados
OMS	Organização Mundial da Saúde
PMA	Programa Mundial de Alimentação

PREÂMBULO

Este documento tem como objectivo oferecer informações de base sobre o HIV e situações de emergências em Moçambique as quais vão orientar a tomada de decisões sobre como deverá ser abordada a problemática do HIV durante o período de eventos extremos em Moçambique. O presente documento não representa necessariamente uma pesquisa, mas sim um esforço conjunto entre a OIM, UNICEF, INGC e CNCS na abordagem do assunto. Embora não seja uma pesquisa, a Consultora aplicou princípios de pesquisa para orientar a abordagem adoptada ao discutir questões com as principais partes interessadas e comunidades locais.



© UNICEF 2013.

SUMÁRIO EXECUTIVO

Introdução

O objectivo geral desta pesquisa é gerar evidências sobre a vulnerabilidade ao HIV, necessidades de prevenção e de tratamento no seio das Pessoas Deslocadas Internamente (PDI) nos distritos seleccionados em Moçambique, onde nos últimos 5 anos houve registo de um ou mais casos de emergência humanitária. Neste documento foram usadas directrizes do Comité Permanente de Interagências (IASC) na abordagem do HIV/SIDA em situações de emergência.

Os objectivos específicos do documento são:

1. Descrever o impacto das emergências humanitárias para as pessoas vivendo com o HIV (PVHIV);
2. Descrever o plano e práticas actuais de emergência humanitária;
3. Fazer recomendações para a integração da problemática do HIV na elaboração da resposta às emergências humanitárias.

Este documento analisa o âmbito do HIV em situações de emergência humanitária, questionando essencialmente como é que a problemática do HIV/SIDA é abordada durante casos de emergência humanitária em Moçambique. O documento foca (i) o impacto das emergências sobre o risco de transmissão do HIV e a capacidade que as Pessoas vivendo com o HIV (PVHIV) têm para lidar com o impacto do HIV/SIDA; e, (ii) o efeito das emergências na saúde e em outros serviços básicos relacionados ao HIV. As províncias de Gaza e Zambézia foram as áreas geográficas seleccionadas porque ambas são propensas a calamidades cíclicas e recorrentes e, têm uma taxa de prevalência do HIV de 24,4% e 15,1%, respectivamente (INS e INE, 2017).

Metodologia

Para a elaboração deste documento, foram utilizados métodos maioritariamente qualitativos na recolha de informações. Foram feitas visitas de campo às comunidades afectadas, incluindo representantes do governo (INGC e CNCS) e representantes da UNICEF e da OIM. Foram realizadas entrevistas individuais e debates em grupos focais com activistas de HIV/SIDA e com outras partes interessadas- incluindo funcionários públicos, representantes de organizações não-governamentais (ONGs), representantes dos governos provinciais, distritais e

municipais e representantes de organizações doadoras. As entrevistas incluíram também grupos de risco, pessoas vivendo com o HIV/SIDA e pessoas afectadas, administradores distritais, líderes comunitários, pontos focais provinciais e distritais do INGC e CNCS, comités e associações relevantes e membros das comunidades seleccionadas que foram afectadas por emergências anteriores.

Principais Conclusões

- O HIV não é incluído nas actuais estruturas de gestão de calamidades e emergências. O único exemplo de inclusão do HIV foi durante as cheias de 2013 mas há provas de que tal inclusão foi tardia e não estava integrada no âmbito da planificação da ajuda humanitária.
- Há evidências limitadas da inclusão das directrizes do IASC para abordar a questão do HIV em cenários humanitários, tanto dentro da comunidade humanitária (Equipa Nacional Humanitária -HCT) como ao nível do governo.
- As PVHIV são deixadas de fora durante intervenções humanitárias devido a ausência da integração do HIV/SIDA na programação da ajuda humanitária e por causa do estigma relacionado com o HIV.
- As crises humanitárias em Moçambique, incluindo conflitos, não só aumentam a mobilidade (migração) e a vulnerabilidade à transmissão ou infecção pelo HIV, mas também interrompem a adesão aos cuidados e serviços de tratamento do mesmo.
- As evidências mostram que a crise e insegurança alimentar, agravadas pela falta de apoio e ajuda alimentar nos Centros de Acomodação Temporária (TAC) e o acesso limitado aos alimentos no período pós-resposta às emergências, afectam a adesão e a retenção no tratamento resultando em várias ocasiões, em mortes.
- O deslocamento e a perda de meios de subsistência durante as emergências contribuem para o aumento do sexo transaccional envolvendo mulheres e raparigas, aumentando assim a exposição à infecção pelo HIV.
- Agentes Polivalentes Elementares de Saúde formados (APEs), grupos comunitários de apoio ao tratamento e retenção (GAACs) e outros grupos locais de saúde/HIV baseados na comunidade jogam um papel fundamental, durante as emergências na prevenção e continuidade de prestação de serviços de cuidados e tratamentos a grupos vulneráveis e PVHIV.
- Constatou-se que, na preparação da resposta humanitária durante as emergências, os serviços de protecção são limitados o que torna os grupos vulneráveis (por exemplo mulheres, raparigas, crianças órfãs e vulneráveis -COVs, crianças de rua) à exploração e ao abuso sexual. Ademais, as normas culturais e as crenças interferem na denúncia e gestão de casos de violação.

- “Nos campos com tendas onde há provisão de serviços de saúde, a equipa do pessoal de saúde forma uma fila especificamente de pessoas HIV positivas. O pessoal de saúde pede em voz alta que “todas as pessoas seropositivas formem uma fila”, ou que, a “fila de pessoas com HIV é aquela”. Há muitas razões pelas quais as pessoas não querem revelar o seu estado. podem ser funcionários/as públicos/as, podem não ter revelado ao cônjuge o seu estado ...e como resultado, optam por não aderir aos serviços de HIV durante este período de tempo devido a esta “imitação” (Representante da agência das NU).
- A indisponibilidade de profilaxias pós-exposição (PPE) limita a capacidade de resposta dos serviços às vítimas de abuso sexual durante as emergências.

Conclusão

As principais constatações demonstram que o HIV, apesar de ser reconhecido como um problema geral de desenvolvimento em Moçambique, não é considerado como prioridade no plano de contingência de resposta às emergências humanitárias. A falta de priorização do HIV/SIDA em todo o ciclo de programação da ajuda humanitária resultou numa clara ausência institucional das directrizes do IASC para abordar o HIV em cenários de ajuda humanitária. Estas directrizes são essenciais para ajudar os actores das instituições de apoio humanitário a providenciarem um conjunto mínimo de serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio ao HIV às populações afectadas por crises humanitárias (IASC, 2009). Na resposta humanitária, particularmente nas crises de insegurança alimentar, a provisão de rações alimentares adequadas e suficientes tanto nos Centros de Acomodação Temporária como nos Campos de Reassentamento pode apoiar a continuidade, e a adesão ao tratamento e a contingência do PVHIV.

A falta de inclusão do HIV na planificação da resposta às emergências pode aumentar o risco de transmissão durante a fase aguda da emergência. A capacidade das comunidades para responder e recuperar-se da emergência está fortemente ligada à sua resiliência. Daí, assegurar o acesso aos serviços de prevenção, tratamento, cuidados e serviços de apoio às pessoas afectadas por situações de emergência são pré-requisitos para a construção de uma comunidade resiliente às calamidades.

Recomendações

Governo

- O Governo deve dar prioridade à inclusão do HIV/SIDA na sua estrutura de gestão de emergências e calamidades como um pilar permanente para responder a estas situações e identificar intervenções concretas e práticas a serem incluídas no plano nacional de contingência de 2017-2018.
- O INGC e o MISAU devem promover a integração sistémica e a adopção das directrizes do IASC para abordar o HIV em cenários de apoio humanitário. Esta integração começa com a inclusão do HIV como um pilar fundamental na preparação e resposta a emergências no plano nacional de contingência.
- A Equipa Nacional Humanitária (HCT) ou o Gabinete do Coordenador Residente (RCO) devem liderar, coordenar e apoiar uma abordagem multisectorial integrada para lidar com o HIV em emergência através da adopção de acções chave dentro do quadro de acção do IASC.

Clusters

- O *cluster* da saúde sob a liderança da OMS, deve promover e advogar vigorosamente a adopção e aplicação sistemática das directrizes do IASC nas intervenções que abordam o HIV em situações de emergência. Isso irá exigir a integração das directrizes do IASC na ajuda humanitária e a capacitação de comunidades e organizações locais.
- O *cluster* da nutrição e segurança alimentar sob a liderança da UNICEF e do PMA deve dar atenção adequada ao HIV em situações de emergência. Isso inclui a garantia de acesso a uma alimentação e nutrição adequadas para as PVHIV tanto nos centros de acomodação temporária como nos campos de reassentamento, para além da avaliação do estado nutricional da PVHIV para assegurar a provisão personalizada de intervenções apropriadas.
- O *cluster* da protecção deve garantir a integração da protecção e da violência baseada no género (VBG) durante todo o ciclo de vida do programa de emergência. Usar sistemas e indicadores de aviso prévios da VBG para melhorar a resposta às emergências e a planificação do HIV em situações de emergência. Isso pode incluir a configuração de um sistema de vigilância que é sensível na captura do impacto da seca e das cheias no acesso aos serviços de cuidados e tratamento, incluindo a adesão ao TARV e incidentes de violência baseada no género.
- O *cluster* da protecção deve reforçar os serviços de protecção na gestão do acampamento para evitar violações dos direitos humanos contra as PVHIV durante intervenções humanitárias sobretudo, mas não limitado, ao estigma e à discriminação.

Agências

- A UNICEF deve continuar a apoiar e a reforçar a capacidade comunitária na prevenção e tratamento do HIV/SIDA e serviços relacionados, através do trabalho dos APEs e ampliação das brigadas móveis para incluir o HIV em situações de emergência.
- O Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) deve liderar o apoio ao governo para garantir a provisão de Kits de PPE para abordar a exposição ocupacional e não ocupacional à infecção do HIV, particularmente na Coordenação e na Gestão do Campo (CCCM).
- A OIM deve continuar a capacitar a descentralização do governo, parceiros e comunidades em CCCM.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contexto

Moçambique localiza-se numa das três regiões de África mais expostas ao impacto e influência de eventos climáticos extremos tais como ciclones, cheias, secas, epidemias e terremotos, e posiciona-se entre os países africanos mais propensos a calamidades naturais (MAEFP, 2015). Em Moçambique, na última década, a frequência das calamidades duplicou (INGC, 2013) com carácter cíclico e recorrente de cheias, ciclones e secas para além de epidemias (HIV). A repetição de eventos como as calamidades naturais, combinado com outras emergências tais como a epidemia do HIV, é um lembrete constante da complexidade do cenário em Moçambique no que diz respeito à resposta humanitária e desenvolvimento.

De acordo com a literatura, o HIV e as emergências têm uma interação singular. Os factores que determinam a transmissão do HIV durante emergências humanitárias são complexos e dependem do contexto e da estratégia de resposta global. As desigualdades existentes entre os géneros podem ser amplificadas, tornando as mulheres e crianças desproporcionalmente mais vulneráveis ao HIV. A perda de meios de subsistência e a falta de emprego pode resultar no aumento do trabalho e a exploração sexual. O deslocamento em massa da população pode levar à separação familiar e à desagregação das estruturas sociais e das normas que regulam o comportamento.

A insegurança alimentar das PVHIV pode afectar a adesão dos infectados ao tratamento, afectando também o sucesso em manterem-se saudáveis vivendo com o HIV e, em alguns casos, pode mesmo resultar em morte. Por conseguinte, é importante abordar as diferentes interações que alimentam o ciclo vicioso em que o HIV se propaga, incluindo mecanismos negativos de lidar com a infecção que aumentam o risco de exposição ao HIV e necessitam de intervenções integradas e abordagens coordenadas.

A prevalência do HIV no país é de 13.0% (INS e INE, 2017). As províncias de Gaza e da Zambézia, onde o estudo teve o seu foco, são áreas geograficamente propensas a calamidades cíclicas e recorrentes e apresentam uma taxa de prevalência de 24,4% e 15,1%, respectivamente. É importante observar que, enquanto Gaza e Zambézia registam alta prevalência do HIV/SIDA, estas províncias também estão mais propensas a calamidades. Os exemplos recentes incluem as cheias registadas em 2013 na província de Gaza e dois anos consecutivos de seca (2015-2016) que

resultaram no maior dano causado pelo El Niño em 35 anos. Para além das cheias recorrentes que isolaram a província da Zambézia em 2014, em 2015 registou-se um conflito militar e a ocorrência de secas provocadas pelo El Niño.

Os resultados da avaliação da segurança alimentar e nutricional do Secretariado Técnico para a Segurança Alimentar e Nutricional (SETSAN-2016) indicaram níveis graves de desnutrição na província da Zambézia, com projecções de grave deterioração da crise nutricional para a província de Gaza. A tabela abaixo inclui os índices de desnutrição aguda global (GAM) nas províncias abrangidas por este estudo.

Tabela 1: Índices de Malnutrição Aguda Global na Zambézia e em Gaza

Província	Índice de Malnutrição Aguda por Circunferência do Braço Médio-Alto (%)	Número Estimado de Casos
Zambézia	9.1	73,466
Gaza	2.1	4,967

Justificação

A justificação para a elaboração deste documento é compreender o âmbito da gestão do HIV/SIDA durante as emergências em Moçambique de forma a garantir o apoio adequado aos serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio às PVHIV durante e ao longo de todo o ciclo de vida das intervenções humanitárias.

1.2. Estruturas

O Instituto Nacional de Gestão de Calamidades (INGC) foi criado em 1999 e é a principal instituição do governo com o mandato de coordenar os esforços da gestão de riscos de calamidades (DRM) em Moçambique. O INGC opera no âmbito do Ministério da Administração Estatal e Função Pública e, coordena todos os esforços e actividades, através de uma gama de mecanismos institucionais para promover a prevenção de calamidades a nível nacional, provincial, distrital e comunitário.

No âmbito da actual estrutura de DRM, os ciclones e secas são controlados a partir de três centros regionais operacionais de emergência (CENOE). As secas são controladas a partir de Vilanculos, as cheias em Caia e os ciclones em Nacala. Existem quatro Centros de Recursos e de Uso Múltiplo (CERUM) ao nível distrital que se especializam na redução da vulnerabilidade à seca. Além disso, o INGC

actua através dos Comités Locais de Gestão de Calamidades (CLGC), que por sua vez actuam como gabinetes descentralizados de apoio aos esforços de preparação à calamidades e resiliência. No entanto, a falta de capacidade, acesso à formação contínua e recursos colocam uma pressão considerável sobre a sua eficácia no reforço da preparação comunitária.

Moçambique tem uma resposta multisectorial ao HIV/SIDA. As principais estruturas envolvidas são o Ministério da Saúde (MISAU) e o Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (CNCS). O CNCS coordena as acções de resposta ao HIV/SIDA, com particular enfoque na prevenção e nas intervenções comunitárias lideradas por organizações da sociedade civil (CSO), enquanto o MISAU concentra-se principalmente na testagem do HIV. Ambas entidades são apoiadas pelo governo e pela comunidade de doadores com recursos e apoio técnico, assim como de ONGs internacionais como a FHI 360 e organizações baseadas na comunidade (OBC) como a N'weti para apoiar o primeiro objectivo do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) no quadro¹ 90-90-90. No entanto, apesar da retórica que sugere esforços coordenados, o CNCS (PEN III, 2010-2014) e o MISAU estão descoordenados e mal alinhados. O actual alastramento da epidemia, principalmente entre as mulheres, e o seu impacto, aponta para lacunas entre as intenções formais e a implementação eficaz dos planos e estratégias de resposta do HIV/SIDA na prática (PEN III, 2010-2014). Persistem desafios em termos de coordenação funcional, capacitação das estruturas institucionais e o alinhamento de prioridades.

Relativamente à harmonização dos planos e respostas a emergências, que incluam a prevenção e o tratamento do HIV/SIDA, existem instituições e grupos de trabalho bem estabelecidos que agem segundo os seus mandatos e prioridades (Hald, 2013). Por exemplo, o governo tem um sistema permanente que envolve as suas instituições (Conselho Coordenador de Gestão de Calamidades (CCGC), Conselho Técnico de Gestão de Calamidades (CTGC), INGC, etc.) que trabalham em colaboração com os seus parceiros como a HCT que consiste em vários grupos de trabalho e parceiros do IASC. Dentro do sistema de *clusters* da ONU, o HIV está representado no Cluster da Saúde (Hald, 2013) que Moçambique é liderado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), co-liderada pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e tem o forte apoio da UNICEF.

¹ Até 2020, 90% das pessoas seropositivas conhecerão o seu estado e 90% de todas as pessoas com diagnóstico de infecção pelo HIV receberão terapia e 90% das pessoas que recebem terapia terão uma supressão viral (ONUSIDA, 2017).

1.3. Objectivos

O propósito deste documento é expandir o conhecimento actual sobre interacções entre o HIV, pessoas internamente deslocadas (PIDs) e emergências em Moçambique de forma a informar práticas e melhorar os resultados de pessoas vivendo com, afectadas por e com risco de contraírem HIV.

De forma específica, os resultados deste documento são os seguintes:

1. Descrever o impacto das emergências sobre pessoas vivendo com o HIV;
2. Descrever a actual planificação e práticas para uma situação de emergência;
3. Recomendar sobre a integração do HIV na preparação e resposta à emergência.

2. METODOLOGIA

Antes da recolha de dados, foi realizada uma revisão da literatura. O CNCS, INGC, OIM e UNICEF providenciaram documentos de políticas, incluindo relatórios pós-ações, relatórios de situação, documentos sobre lições aprendidas em intervenções humanitárias, planos nacionais de contingência, para além de outros documentos-chave. Foram consultados mais de sessenta e três documentos que forneceram dados secundários para aumentar a recolha de dados primários.

A recolha de dados primários também incluiu entrevistas com grupos de risco e PVHIV para colher as suas experiências e perspectivas sobre os problemas que os afectam e a forma como o HIV/SIDA é gerido durante as emergências e o impacto das emergências nas PVHIV.

As directrizes do IASC para abordar o HIV em cenários de ajuda humanitária foram utilizadas para formular perguntas pertinentes e avaliar as práticas institucionais e políticas para abordar o HIV em situações de emergência. Tanto a OIM como a UNICEF deram as suas contribuições em relação à formulação das perguntas. No contexto da resposta contínua de emergência nutricional, resultado do El Niño, foram integradas questões em torno da nutrição para explicar os mecanismos usados pelas populações afectadas para lidar com as crises de emergência de insegurança alimentar e nutricional.

2.1. Amostragem

A pesquisa usou a amostragem intencional e com efeito bola-de-neve, através de entrevistas e debates de grupos focais. Aos principais representantes de instituições governamentais como o CNCS e INGC foi dirigido um convite para participar e o convite foi estendido aos governos provinciais e locais, ONGs, OBCs e associações locais nas províncias de Gaza e da Zambézia. Foi dirigido um convite a um representante da OIM, para participar em contactos com doadores e ONGs internacionais a nível central.

Foram realizadas um total de 445 entrevistas com informantes-chave, tanto individuais como em grupos focais. Foram realizadas 67 entrevistas individuais e 378 indivíduos participaram em debates de grupos focais. Durante tais debates, e quando adequado, as mulheres estavam separadas dos homens para abordar considerações sociais e culturais onde as mulheres muitas vezes não podem falar. As entrevistas duraram entre um mínimo de 30 minutos e um máximo de 2 horas.

2.2. Cobertura Geográfica

O trabalho de campo foi realizado em duas províncias de Moçambique, Zambézia e Gaza, devido à sua propensão a calamidades (consultar Tabela 2). As visitas de campo tiveram lugar entre 16 a 23 de Abril de 2016 na Zambézia, e entre 8 a 12 de Maio, 2016 em Gaza. Os distritos de Guijá e Chokwé na província de Gaza foram escolhidos devido à sua alta vulnerabilidade a calamidades e a alta frequência de situações de emergência humanitária registadas para além da alta prevalência do HIV/SIDA. As cheias de 2013 provocaram a deslocação de mais de 180.000 pessoas na província de Gaza para além da existência de campos de deslocados no Chaquelane e Xinhacanine nos distritos de Guijá e Chokwé na província de Gaza (UNRCO, 2015).

Tabela 2: Resumo da Recolha de Dados

Província	Campo IDP	Tipo de Emergência	Distrito Rural
Gaza	Chaquelane	Cheias	Chokwé
	Xinhacanine	Cheias	Guijá
Zambézia	Brigodo, Ronda	Cheias	Namacurra
	Nacogolone, Matebe, Macuvine	Cheias	Mocuba

Na Zambézia, as visitas tiveram como foco os distritos de Namacurra e Mocuba. Os distritos de Namacurra e Mocuba foram recentemente, e no passado, afectados por múltiplos choques entre os quais ciclones e cheias, resultando em emergências humanitárias (INGC, 2015). A província da Zambézia também está entre as províncias de Moçambique com a maior prevalência de HIV/SIDA (INE, 2009).

Em 2015, até Março, na província da Zambézia, as cheias provocaram a deslocação de mais de 56.000 pessoas em 10 distritos (Mocuba, Maganja da Costa, Namacurra Nicoadala, Morrumbala, Mopeia, Mocubela, Chinde, Luabo e Lugela) (IOM, 2015 e INGC, 2015). Além disso, e tendo em conta a actual situação de tensão política e militar no país, estes distritos são relativamente seguros e de fácil acesso).

3. CONTESTAÇÕES

Esta secção descreve sete áreas principais que emergiram durante a recolha de dados. Embora os locais incluídos neste documento tenham sido em grande parte zonas afectadas pelas cheias, foram também recolhidos dados relacionados com as comunidades e províncias afectadas pela seca, uma vez que as zonas afectadas pelas cheias se sobrepõem às zonas afectadas pela seca. Um pequeno grupo de participantes forneceu uma perspectiva adicional sobre as áreas atingidas pelo conflito em Moçambique e sobre o impacto nos serviços do HIV e necessidades de tratamento. Conforme acima referido, as directrizes do IASC providenciaram um enquadramento para a análise deste documento.

3.1. Estruturas Governamentais de Gestão de Calamidades e Inclusão do HIV/SIDA na Planificação de Emergência

Globalmente, o HIV foi descrito como “ausente” na planificação de emergência. No entanto, os participantes a todos os níveis relataram a necessidade primordial de incluir o HIV nesta planificação. Alguns participantes ao nível do governo distrital e líderes comunitários informaram que esta foi a primeira vez que o HIV foi trazido à sua atenção no contexto da planificação de emergência. Como foi observado por um participante “É necessária a inclusão sistemática do HIV na planificação, preparação e implementação de actividades de emergência”. As opiniões dos participantes foram consistentes, quer no apoio à necessidade de maior inclusão e participação de PVHIV e outros grupos vulneráveis na gestão de calamidades, quer na representação mais forte a nível nacional nos fóruns/comités de gestão de calamidades (CTGC ou CLGC). Isto sublinha claramente a necessidade de um compromisso contínuo e inclusão das directrizes do IASC tanto a nível governamental como a nível do HTC.

Outra constatação importante ao nível da planificação foi em relação ao *cluster* da saúde, que desempenha um papel essencial na resposta humanitária. Os participantes explicaram que o *cluster* da saúde e o sistema de intervenções humanitárias não tinham incorporado correctamente as directrizes do IASC, nomeadamente em relação à segurança alimentar e nutricional, apoio à subsistência, protecção contra a violação dos direitos humanos relacionados com o HIV, provisão de profilaxia pós-exposição e integração do HIV no CCCM.

“

Se o *cluster* da saúde não for forte perdemos a oportunidade de advogar questões de saúde, que é o que estamos assistir com a resposta do HIV em situações de emergência.

(Informante-chave, Maputo)

”

Durante um debate de Grupos Focais sobre o *cluster* da saúde, os participantes salientaram que a memória institucional tem sido sempre um problema com o sistema das Nações Unidas. Quando um oficial deixa a sua posição e é substituído por outro (a), o histórico do trabalho anterior pode ser facilmente perdido devido a um certo número de circunstâncias. No caso de Moçambique, a transferência de informação relacionada ao HIV em emergência está fragmentada. Este problema resulta em parte da falta de conhecimento das práticas de gestão sistemáticas das instituições, mas também pode ser atribuída ao mau rasteio para apoiar as implementações de lições aprendidas de resposta e intervenções anteriores resultando em falácias de recolha sobre intervenções críticas do HIV.

“

O *cluster* da saúde é fraco e no momento está a agir como um comité ad-hoc, reunindo-se quando necessário em vez de fazê-lo regularmente. Tanto quanto sei, o *cluster* nunca abordou o HIV como um problema em situações de emergência.

(Informante-chave, Maputo)

”

Como resultado, o *cluster* da saúde perdeu a oportunidade de reivindicar a incorporação do HIV nas directrizes nacionais para emergências, conforme explicou um representante das Nações Unidas:

“

A componente da saúde é bastante fraca dentro do plano nacional de emergência e, como resultado desta falta de atenção para com o HIV, quando os pacientes HIV falham, a resistência ao tratamento da TB torna-se um enorme problema.

(Informante-chave, Maputo)

”

Por conseguinte, o HIV/SIDA está situado dentro do *cluster* da saúde mas não é bem articulado para responder e reflectir a situação real, conforme descreveu um entrevistado:

“

No caso de Gaza em 2013, o HIV foi atendido com pelo menos uma semana de atraso, e não é considerado da mesma maneira que diarreia ou cólera, no entanto as consequências são graves.

(Informante-chave, Xai-Xai)

”

Apesar dos participantes compreenderem que o HIV em situações de emergência não tem o mesmo peso que a cólera na fase do alerta vermelho de emergência, concordam com a necessidade de uma planificação de resposta que dê especial atenção ao HIV.

Embora com algum atraso, a atenção ao HIV ocorreu nas cheias de 2013 na província de Gaza. Um esboço de documentos intitulado “Plataforma para apoiar a integração do HIV e VSBG em situações de emergência e recuperação” foi desenvolvido após estas cheias, como uma tentativa de incorporar as directrizes da Subcomissão Permanente de Interagências em futuros esforços da planificação (UNFPA, 2013).

Após as cheias de 2013 foram efectuadas avaliações e formações tanto em Gaza e na Zambézia primeiro a nível central e depois a nível provincial e algumas a nível de distrito (ONUSIDA). Um representante da ONUSIDA observou que, embora as formações não tivessem sido suficientes para garantir que o HIV permanecesse dentro do processo da planificação, o distrito de Morrumbala na Zambézia integrou o HIV no seu plano. O administrador deste distrito assegurou fundos e solicitou a ajuda à ONUSIDA para integrar o HIV no plano do distrito. O Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA (2016) desenvolveu um plano de emergência para o HIV em situações de emergência para a província de Gaza. Quatro dias depois do desenvolvimento do plano, o Conselho apresentou o mesmo para a implementação, mas tal não aconteceu. O plano não inclui intervenções biomédicas, tais como o *procurement* de TARVs e PEP, reflectindo contudo progressos feitos para integrar o HIV como um problema na planificação de emergência.

3.2. Risco do HIV e Infecções Transmissíveis Sexualmente durante Emergências (Cheias e Seca)

Os participantes observaram que as vulnerabilidades já existentes do HIV são exacerbadas durante as emergências, expondo os grupos vulneráveis ao HIV. Houve um reconhecimento de que as formas negativas de lidar com estas situações levam ao sexo transaccional entre jovens do sexo feminino em troca de dinheiro, alimentos, peixe por sexo (Mocuba) e itens não alimentares (INA), especialmente em contexto de secas.

O comportamento sexual de risco ocorre devido à separação das famílias principalmente no contexto de conflito e de cheias, embora também se apresentem em situações de seca. Os entrevistados afirmaram que durante o período de seca os homens migram com animais deixando as mulheres e as crianças sem nenhuma fonte de subsistência. Estes homens podem envolver-se em sexo desprotegido, enquanto as mulheres que ficam para trás podem ter um comportamento sexual de risco ou também podem ser forçadas a tal para sobreviverem. Durante as cheias em Gaza, observou-se que houve um número de casos de violação e abuso sexual de mulheres e menores na estrada de Chaquelane. Um participante descreveu um caso particularmente inquietante:

“

Na estrada para o centro de acomodação de Chaquelane uma jovem foi violada e muitas raparigas também foram violadas. Mas esta jovem foi extremamente violada e danificada. Não havia nenhum conselheiro para tratar dela; não havia PPE para prevenir a transmissão do HIV caso o perpetrador estivesse infectado. Nos centros de acomodação havia segurança, mas fora não havia segurança. Foi uma situação terrível, estávamos desprevenidos.

(Informante-chave, Maputo)

”

Devido à separação das famílias, a violência sexual baseada no género não é controlada. Mulheres e raparigas jovens foram violadas durante as cheias em Gaza com a possibilidade de expô-las ao HIV e outras infecções transmissíveis sexualmente. Os entrevistados em ambas as províncias mencionaram que as vítimas de violações não denunciaram os casos com medo do estigma e rejeição, e portanto não há números precisos e os casos são irremediáveis mas sabemos que acontecem.

Na província da Zambézia, durante visitas de campo, todas as comunidades negaram casos de abuso sexual e violação. As comunidades admitiram a existência de sexo transaccional e que a VBG também pode ser um problema. No entanto, o presidente do Conselho Municipal de Quelimane, Manuel de Araújo, trouxe esclarecimentos a este ponto e explicou o fenómeno desta forma:

“

Claro que o abuso e a violação sexual são um grande problema, especialmente durante as emergências. Todos nós sabemos disso em Moçambique, mas ninguém reconhece especialmente a nível comunitário. A perturbação do curso das normas sociais que acompanham a emergência divide o tecido social e coloca mulheres e raparigas em risco de várias vulnerabilidades e até mesmo os homens podem ser vítimas de abuso. Tivemos um caso recente aqui em Quelimane onde um homem foi abusado. É importante que isso seja reconhecido e que o HIV seja incorporado como um pilar na planificação de emergência.

”

Evidências recolhidas das entrevistas indicam que não houve planos de emergência bem definidos que incorporassem o risco do HIV a nível comunitário, distrital, provincial ou a nível central e que já tinham sido implementados, excepto no caso de Morrumbala. Contudo, não nos foi concedido acesso a este plano.

3.3. Acesso aos Serviços de Saúde Relacionados com o HIV

Durante o processo de recolha de dados foi repetidamente afirmado que os serviços de saúde existentes foram interrompidos durante as cheias, e o acesso aos cuidados de prevenção e tratamento do HIV foi perturbado devido a vários factores. Durante as emergências, as PVHIV tiveram dificuldades de acesso aos serviços de HIV devido a: insegurança e rede rodoviária precária (ou seja as cheias danificaram seriamente as estradas e pontes), as estradas ficaram intransitáveis e havia fraqueza do organismo devido à falta de alimentos, uma vez que as pessoas tinham que percorrer longas distâncias para pontos de distribuição de produtos (Freedom House, 2016; Escritório do Coordenador Residente, 2015). Por exemplo, as cheias destruíram alguns centros de saúde (vide a imagem a baixo). Os participantes descreveram que estes centros de saúde perderam medicação, equipamento e documentação o que resultou na falta de medicamentos. Por causa da perda de documentação, a monitoria da retenção do TARV foi impossível.



© IOM 2015.

Embora os participantes tenham descrito que o tratamento do HIV e a sensibilização para a prevenção através de campanhas de sensibilização, mobilização social e comunicação para o desenvolvimento (C4D) chegaram aos campos de acomodação temporárias (TAC) e aos centros de reassentamento (RCS), os participantes reportaram também que a resposta foi tardia e não foi suficientemente atempada. Esta situação impediu que as pessoas vivendo com o HIV permanecessem em tratamento ininterrupto e que outras pessoas recebessem informações sobre testes voluntários e tratamento, em linha com as directrizes do IASC. Isto contribuiu para uma outra lacuna no sector dos serviços em ambas as províncias. Um participante descreveu desta forma:

“ A preparação do sistema não está posicionada para lidar com o HIV. Nós não temos uma estrutura formal de pilar em vigor no processo de planificação de emergência. O HIV é marginalizado e tratado como qualquer outra doença crónica, o que é inaceitável. O sistema precisa melhorar para reduzir os riscos e garantir o tratamento. Não podemos chegar uma semana mais tarde tal como fizemos em Chaquelane. ”

Os participantes vivendo com o HIV percebem que não vão receber cuidados de saúde adequados nos TACs caso não tenham os seus cartões. Por conseguinte, em muitas circunstâncias, voltam para as suas casas no meio da crise para recuperar os seus cartões e estes minutos podem ser fatais para eles.

Em todas as áreas visitadas, os respondentes confirmaram que, foram distribuídos e disponibilizados preservativos até o dia da entrevista. Não estava claro se os preservativos masculinos e femininos eram parte deste trabalho ou parte dos suprimentos de emergência. Os respondentes informaram que ocorreu a partilha de informações e campanhas de prevenção relacionadas ao uso do preservativo para a protecção contra infecções de transmissão sexual (ITSs) incluindo o HIV, mas explicaram também que essas campanhas foram feitas de forma esporádica e estavam muita das vezes desorganizadas. Os respondentes informaram que os activistas locais trabalharam incansavelmente para fazer passar as mensagens de prevenção tanto durante a fase de alerta vermelho da emergência, como na fase primária de recuperação e na fase de pós-recuperação. Foi dito também que a dramatização e as campanhas de TV foram criadas para fazer passar as mensagens de prevenção, entre outras coisas.

O tratamento e os cuidados de saúde estavam entre as principais lacunas que surgiram. Os serviços de PPE eram inexistentes. A PPE refere-se aos serviços prestados para evitar a infecção pelo HIV de um indivíduo que tenha sido exposto. A PPE é uma parte de um serviço abrangente que inclui os primeiros socorros, avaliação do risco de exposição, aconselhamento e, consoante o resultado da avaliação da exposição, a prescrição de 28 dias de medicação anti-retrovirais (IASC, 2010). O apoio adequado, o acompanhamento à contracepção e o tratamento para as presumíveis ITSs também são prestados. Um representante da UNICEF confirmou que o catálogo para pedidos de diversos kits de saúde para as emergências em Moçambique incluiu a PPE apenas em 2017. Não existem directrizes ou listas de verificação da emergência que incorporem como gerir os casos de violação ou outras formas de exposição ocupacional a agentes patogénicos transportados no sangue. No momento da entrevista, a PPE não estava disponível no país para responder à emergência.

Um entrevistado da UNICEF confirmou que os medicamentos para as ITSs estão incluídos no Kits suplementares de emergência do Comité de Interagências. No entanto, não estava claro se a preparação para ITSs em emergências incluía um pacote abrangente de saúde pública e gestão de casos de prontidão.

A medicação de primeiro nível básico de TARV não faz uma parte do stock actual de medicamentos entregues ao centros de acomodação, colocando a continuidade do tratamento do HIV em risco. O uso ARV para prevenção da transmissão de mãe para filho (PMTCT), como uma intervenção na emergência, continua a ser uma lacuna entre as definições de outros materiais de acções que as directrizes da IASC recomendam como seguras e claras. Os entrevistados não identificam os serviços de planeamento familiar como um serviço oferecido durante a fase aguda de alerta vermelho das emergências excepto em termos de distribuição de preservativos.

Outro desafio que surgiu são os serviços de aconselhamento e testagem voluntária (VTC) tanto para crianças como para adultos. Os respondentes afirmaram que, a determinado momento foram prestados serviços de aconselhamento e testagem, mas que estes pareciam inconsistentes entre as comunidades. De acordo com a maioria dos entrevistados, a confidencialidade e a privacidade dos serviços de testagem foram violados em diversas comunidades e as cheias de 2013 foram o principal exemplo.

Os participantes informaram também que interromperam o tratamento devido à falta ou insuficiência da oferta de ajuda alimentar, em particular para aqueles estavam sob o TARV e às vezes por um período de até 3 meses.

“

Eu tive que parar de tomar a medicação por 3 meses porque era muito forte e eu não tinha alimentação suficiente. Quando eu tentei voltar a tomar a medicação a enfermeira repreendeu-me e eu senti-me envergonhado. Recomecei a tomar medicação e tive diarreia. O meu vizinho teve que me levar de volta ao hospital. Estou melhor agora e continuo o meu tratamento.

(Participante de Xinhancanine)

”

Outros participantes informaram que embora o seu tratamento tenha sido interrompido, acabaram por voltar ao TARV, mas o acesso à profilaxia de co-trimoxazol como um tratamento de prevenção para uma ampla gama de infecções de que as pessoas seropositivas são vulneráveis foi interrompida para todos. Os participantes informaram que se sentem melhor enquanto estão na terapia de co-trimoxazol e, durante a crise sentiam-se fracos e doentes. Em todas as visitas de campo e com todos os entrevistados, a continuação do TARV foi uma lacuna constante e não ocorreu devido a problemas relacionados ao acesso à comida.

Em ambas as províncias da Zâmbia e de Gaza, os centros de saúde estáticos são a forma comum de prestação de serviços de saúde. As clínicas móveis estão cada vez mais a ser usadas como meio de apoiar a prestação de serviços de saúde em áreas de difícil acesso. No entanto, e de acordo com os participantes, as clínicas móveis não costumam oferecer serviços relacionados ao HIV. Em áreas propensas às cheias, os serviços móveis de saúde são ocasionalmente estabelecidos nos centros de evacuação e campos para providenciar serviços básicos de saúde como o tratamento da malária e redes mosquiteiras. O espectro de serviços de prevenção e tratamento do HIV não é providenciado com exceção do tratamento de infecções oportunistas. Os medicamentos anti-retrovirais só são providenciados em centros de saúde do governo, muitas vezes inacessíveis durante o período de crise. Em alguns casos, activistas, associações de HIV e grupos de GAAC trazem medicamentos para os campos ou comunidades de reassentamento quando podem.

“

Os activistas trabalham arduamente. O momento crítico para os pacientes com HIV é quando saem do centro de acomodação e voltam para as suas casas. Os pacientes perderam tudo e não têm o que comer.

(Informante-chave, Chaquelane)

”

Os serviços de abrangência do HIV e os cuidados domiciliários (HBC) eram geralmente limitados e, onde existiam, eram providenciados por activistas que trabalhavam com associações comunitárias tais como Kutxinga em Gaza. No entanto, durante os períodos de maior emergência, os activistas locais e os provedores de cuidados de saúde são também considerados deslocados, interrompendo assim a continuidade da provisão desses serviços. Embora o foco principal deste documento seja nos dois estudos de caso de Gaza e da Zambézia e em comunidades afectadas pelas cheias, fomos capazes de reunir alguns dados relacionados com as emergências induzidas pelo conflito e pela seca em Moçambique. Por exemplo, um participante da MSF descreveu como a insegurança causada pelo conflito na província de Tete impede o acesso à medicação do HIV:

“

O conflito na província de Tete tem levado muitos dos nossos pacientes, especialmente os homens, ao incumprimento do seu tratamento. Escondem-se nas matas ao redor do centro de saúde esperando obter os serviços, mas temem serem alvo. Como resultado, muitos centros de saúde do governo foram abandonados pois a equipa de saúde teme ser atacada.

(Informante-chave, Maputo)

”

Em áreas propensas a cheias, os trabalhadores de saúde que providenciam cuidados domiciliares também foram afectados levando à suspensão dos serviços, incluindo a desagregação dos grupos de apoio psicossocial. As autoridades de saúde reportaram dificuldades em abranger populações com serviços médicos básicos e de provisão de TARV uma vez que as pessoas migram para muito mais longe dos centros de saúde.

Por conseguinte, não há nenhuma evidência de expansão de serviços de prevenção, cuidados e tratamento do HIV durante as emergências. O risco do HIV aumenta durante as emergências devido ao aumento do sexo transaccional, e de mecanismos negativos de lidar com as emergências e ao aumento da violência sexual baseada no género. Isto exige uma planificação da contingência para a resposta do HIV baseado num contexto em que o HIV continua a ser um problema de saúde pública em Moçambique.

Durante o trabalho de campo, as questões de género emergiram como um factor forte de risco para o HIV. As questões de género impactaram na percepção dos participantes sobre a necessidade de serem testados e tratados. Por exemplo uma participante descreveu uma situação:

“ Os homens recusam ser testados por causa da sua imagem de homem. Eles gostariam de fazer o teste em privado mas o centro de saúde está longe e sentem que serão apontados caso dirijam-se para lá. ”

3.4. Apoio Alimentar e Nutricional

Durante as emergências como a seca e cheias, as necessidades de apoio alimentar aumentam entre as populações afectadas. O apoio alimentar é prestado pelo governo (INGC), Organização das Nações Unidas (ONU), Programa Mundial de Alimentação (PMA) e ONGs. A revisão da literatura e as entrevistas indicam que falta uma resposta coordenada que reconheça o problema do HIV, pelo que fica comprometida a cobertura e o foco em grupos vulneráveis, especialmente as PVHIV. Apesar da disponibilidade de apoio alimentar especialmente nos TACs, a frequência e a quantidade da distribuição dos alimentos não pode atender às necessidades nutricionais das PHIV devido à falta de variedade e de uma dieta equilibrada.

A interrupção do TARV foi observada em pacientes já integrados nos cuidados e/ou tratamento devido à insuficiência de alimentos, rompimento de cadeia e a falta de *stocks*. As PVHIV em TARV têm sido particularmente afectadas pela seca e requerem um mínimo de nutrição (incluindo água potável) para procederem com o TARV. A necessidade de acesso aos serviços de saúde para as infecções oportunistas é também é uma prioridade.

“

A Maria estava doente com HIV durante a emergência e não podia tolerar a medicação devido à falta de comida e também não recebeu qualquer apoio. A Maria sentiu-se constrangida e não se identificou a si mesma no acampamento porque isso poderia ser usado contra ela. Por exemplo, quando duas pessoas têm um debate, aponta-se o dedo a quem está doente com HIV. Após alguns meses ela morreu.

(Informante-chave, comunidade de Matebe)

”

Com base nas entrevistas realizadas, os entrevistados demonstraram conhecimento limitado e descreveram o fraco envolvimento dos grupos vulneráveis em termos de grau de preparação e planificação da resposta. Os entrevistados expressaram também que há pouca advocacia para as PVHIV em geral e deixam-nas sós em caso de emergências. Os entrevistados alegam que o HIV em situação de emergência recebe pouca atenção resultando nas necessidades das PVHIV não serem atendidas, com poucas ou nenhuma razão atribuídas a elas e a outros grupos vulneráveis.

Embora os entrevistados das agências de apoio considerem que a base das necessidades nutricionais das pessoas mais vulneráveis foram sendo abordadas, no debate com os grupos focais, os entrevistados referiram que nem todos os grupos vulneráveis incluindo PVHIV - a maioria dos quais são pobres - estavam a ser abrangidas pela ajuda alimentar. Vários programas, como por exemplo Comida pelos Bens (FFA), estavam a ter lugar. No entanto, alguns entrevistados reportaram que as PVHIV enfraqueceram-se pela seca ou cheias e queriam participar dos programas do FFA. Como resultado, pararam de tomar os seus Anti-retrovirais para participar nesses programas, porque o trabalho era exigente e os entrevistados afirmaram que se sentiam fracos como resultado dos TARVs, especialmente durante as emergências onde alegaram que a comida era inadequada para as suas necessidades. Os entrevistados manifestaram preferência por uma abordagem inclusiva para a planificação da emergência, como serem convidados a participar nos comités de alimentação ou comités de planificação da emergência para que pudessem compreender mais plenamente os seus direitos. Não houve nenhuma menção a qualquer tipo de comités de planificação de emergência em nenhuma das comunidades visitadas.

Os entrevistados descreveram as principais lacunas que existem na definição das necessidades reais de alimentação das PVHIV. Os trabalhadores de saúde informaram que a documentação para PVHIV vulneráveis que necessitam de ajuda alimentar ou a proporção de pessoas que necessitam de alimentação suplementar, que também é conhecida como receita médica (FBP), não estava disponível. As zonas visitadas são rurais com alto índice de pobreza. Os participantes declararam que o apoio alimentar geralmente é insuficiente para atender às necessidades da comunidade e o que consequentemente aumenta as vulnerabilidades ao HIV devido à falta de mecanismos para lidar com o HIV. A adesão ao TARV é interrompida devido à falta de nutrição adequada. Todos os entrevistados no âmbito deste documento confirmaram que esta é uma questão útil e devia dispôr de dados para medir a magnitude da interrupção do TARV por falta de alimentos.

3.5. Acesso à Água, Saneamento e Higiene

As PVHS precisam de água potável e segura para tomar a medicação e para a sua higiene. Não houve evidências de intervenções de WASH orientadas para as necessidades das PVHIV. O Coordenador Residente de Matebe explicou que a água potável constituiu um problema. Embora tenham três poços, apenas um tem água potável e segura. Os participantes descreveram que era provável que os membros da comunidade consumissem directamente a água sem a ferver ou sem usar produtos químicos de tratamento. Isso representa um risco de doenças transmitidas pela água para as PVHIV. Não foram recolhidos dados sobre a distribuição de recipientes e filtros de água, e é difícil verificar se esta ocorreu e se atingiu ou não todos os necessitados ou se foi observada uma preferência relativamente à questão de água potável e higiene para as PVHIV.

Outra questão levantada pela comunidade de Matebe foi a de latrinas melhoradas. Não dispunham de produtos químicos adequados nem de lajes de cimento para manter as latrinas higiénicas. Por conseguinte, a contaminação da água com resíduos humanos durante as cheias pode resultar no aparecimento de doenças e colocar o já vulnerável sistema imunitário das PVHIV em maior perigo.

O período durante e após as calamidades é um período de grande risco de transmissão de doenças infecciosas especialmente para as PVHIV. As condições são frequentemente insalubres e propícias ao surto de doenças especialmente nos TACs e campos de reassentamento onde um grande número de pessoas se acumula em condições de vida limitadas e por vezes deterioradas. Os riscos associados à saúde são devido à falta de água potável, saneamento e práticas de higiene deficientes. A identificação precoce de intervenções tecnicamente sólidas e sustentáveis de água, saneamento e a higiene (WASH) adequadas são por conseguinte críticas para uma resposta rápida e eficaz às calamidades. As intervenções que melhoram o abastecimento de água e saneamento e as práticas de higiene irão reduzir

consideravelmente a transmissão de doenças, aliviar o sofrimento , salvar vidas e manter as PVHIV seguras.

3.6. Protecção

De acordo com as directrizes do IASC (2010) para enfrentar o HIV em situações de emergência a protecção é uma das principais acções. A protecção no âmbito destas directrizes é implementada para garantir que, “todos (independentemente da sua idade, sexo ou estatuto social) possam gozar dos seus direitos numa base de igualdade, em segurança, com dignidade, incluindo em tempos de deslocamento interno ou externo” (IASC, 2010, pág. 35). Por conseguinte, é importante que a coordenação e a preparação sejam essenciais para proteger e ajudar as pessoas durante os tempos de crise. Para proteger as crianças, PVHIV e populações-chave em maior risco de exposição ao vírus do HIV, o IASC recomenda que na resposta ao HIV em situações de crises humanitárias é fundamental uma abordagem baseada nos direitos humanos. Ao adoptar essa abordagem, a vulnerabilidade ao HIV e o estigma e a discriminação contra as pessoas que vivem com HIV podem ser reduzidas de forma eficaz.

Durante o trabalho de campo emergiram muitos problemas de protecção à semelhança de questões de género (ver a próxima secção). Uma participante descreveu que quando foi fazer a sua visita de avaliação para o doador em Chaqualane constatou que a provisão de serviços de saúde de HIV no centro de acomodação era uma violação à protecção do direito das pessoas à privacidade e confidencialidade. A participante descreveu o seguinte:

“

Nos campos com tendas e onde há provisão de serviços de saúde, a equipa do pessoal de saúde designa uma fila especificamente para as pessoas HIV positivas. O pessoal de saúde “informa em voz alta que todas as pessoas seropositivas devem dirigir-se a esta ou aquela fila. Há várias razões pelas quais as pessoas não querem divulgar o seu estado. As pessoas podem ser funcionários/as públicas, podem não ter revelado ao cônjuge o seu estado ...e como resultado, as pessoas escolhem não aderir aos serviços do HIV durante este período de tempo devido a esta limitação.

(Participante Doador-Financiador)

”

No entanto, se a PVHIV quiser aceder aos serviços relacionados ao HIV é obrigado a divulgar publicamente o seu estado. A participante acima explicou que a prestação de serviços de saúde não protege as pessoas e as coloca em situações onde é provável a ocorrência de discriminação, e como resultado a violação dos seus direitos humanos. Quando se questionou aos participantes sobre esta falta de privacidade, eles responderam da seguinte forma:

“ O que eu poderia fazer, tinha que ficar lá, eu precisava de minha medicação, eu não quero morrer, eu não podia fazer nada.

(Participante de Chaquelane) ”

Para todas as comunidades, ainda existe o estigma e a discriminação em relação ao HIV. Na província da Zambézia, o estigma era forte e afectou a percepção das pessoas sobre como obter apoio. Um participante explicou:

“ A maioria de nós aqui está infectada, mas não pode falar sobre isso porque é uma vergonha.

(Participante da comunidade de Matebe) ”

Em termos de VBG, quando se pergunta sobre a violência como um problema no seio das comunidades, os participantes não percebem isso como um problema prevalente durante a emergência. No entanto, quando estes mesmos participantes foram questionados sobre se conheciam alguém que experimentou um incidente de VBG, tal como a violação, abuso e exploração sexual dentro da província da Zambézia, não conseguiam lembrar mas afirmaram que poderia acontecer, embora fosse raro. No entanto, quando a mesma pergunta foi feita aos participantes na província de Gaza, tinham muitas histórias sobre a VBG e violação, especialmente de mulheres e raparigas que se deslocaram de Guija e Chokwe para Chaqualene. Estes casos de violação foram também observados pelo ponto focal no CNCS em Xai Xai que explicou que isto constituiu um problema durante a emergência em 2013 e eles não dispunham de serviços de protecção. Os participantes explicaram que as violações e os casos de abuso sexual são raramente reportados e portanto há indisponibilidade de estatísticas.

3.7. Capacidade

Durante as visitas de campo foi reportado que existem alguns parceiros que apoiaram actividades do HIV/SIDA durante a seca e as cheias. Houve menção dos comités de calamidades que podem providenciar a oportunidade de representar as populações vulneráveis, incluindo as PVHIV, na comunidade. Os participantes reportaram que os APEs e as associações de saúde e HIV/SIDA tais como Kutxinga e outros activistas voluntários dão apoio fundamental às PVHIV e deve ser providenciada formação e apoio adicionais para continuar o seu trabalho. O envolvimento de PVHIV ou população vulnerável deve constar em todos os comités que são formados para abordar as calamidades, cheias, secas e assistência que estão associados às emergências. Em Moçambique, o acesso aos serviços de saúde já é limitado e ainda mais para as comunidades rurais. Em emergências de cheias onde infra-estruturas críticas, incluindo os serviços de saúde, são gravemente afectados, torna-se ainda mais difícil a abordagem oportuna das preocupações de saúde emergentes, incluindo doenças crónicas tais como o HIV/SIDA.

3.8. Mecanismo usado durante a Escassez Alimentar Extrema

Apesar de os índices de GAM - Malnutrição Aguda Grave - serem baixos (9,1%) conforme indicado nos dados do SETSAN 2016 sobre a segurança alimentar e na avaliação nutricional, não foram reportadas mortes resultantes da situação de insegurança alimentar e nutricional (Ministro da Saúde e SETSAN, 2016). Esta situação pode realçar a resiliência das comunidades em parte pela recorrência de choques a que estão expostos, mas também devido às formas de lidar com estas situações (consultar a Tabela 3). Além disso, evidências baseadas nas diferentes avaliações durante este período de tempo (2016) mostram resultados contraditórios, e portanto foram recomendadas novas avaliações para corroborar os resultados e informar o grupo sobre as respostas às emergências (Ministro da Saúde e SETSAN, 2016). Por conseguinte, solicitou-se que durante o trabalho de campo fossem adicionadas questões sobre os mecanismos de resiliência das pessoas durante os períodos de escassez e insegurança alimentar para gerar mais evidências em torno desta questão. A Tabela 3 fornece um resumo das respostas relacionadas com os mecanismo de resiliência face a situações de escassez e insegurança alimentar. É importante notar que não foi feita uma análise aprofundada sobre esta matéria e que seria importante aprofundar esta questão para determinar se existem outros tipos de mecanismos utilizados, e em que medida os mecanismos acima contribuíram para a resiliência das populações.

Tabela 3: Mecanismos usados durante Períodos de Escassez e Insegurança Alimentar

Gaza	Zambézia
1. Venda de carvão para ganhar dinheiro e comprar comida.	1. Venda de carvão para ganhar dinheiro e comprar comida.
2. Venda de aves (frangos, patos) para ganhar dinheiro para comprar comida (foi reportado que durante a fase de extrema de insegurança alimentar os animais foram vendidos a um preço muito barato pois eram magros e muita das vezes doentes (em casos raros vacas foram vendidas).	2. Venda de palha para fazer cestos. Estes cestos são colocados à venda para comprar alimentos.
3. As pessoas vendem o que é conhecido como “sura” ou “odjema” (dependendo da localização) - Uma bebida fermentada feita a partir de um extracto da palmeira que é utilizada para a fabricação de álcool. No entanto, antes da fermentação é uma bebida muito doce e não alcoólica que serve para alimentar as crianças.	3. A captura de peixe no rio, quando possível, tem sido outra estratégia para complementar a dieta.
4. A raiz chamada xicutsi é usada para fazer um chá muito doce. É usada como mecanismo de resiliência.	4. Cassava is used when they can find it. They grind it into starch, add water and any green leaves, such as the cassava leaves, to make soup. Anything else may be added. They usually eat only one meal a day.
5. Os membros da família que vivem em Maputo ou que migraram para trabalhar na África do Sul nas minas, por exemplo, enviam alimentos e/ou remessas para ajudar as famílias durante os tempos de escassez alimentar.	5. Foi observado também o consumo de mandioca apenas cozida durante a escassez alimentar.

Gaza	Zambézia
6. O sexo transaccional tem sido reportado como uma forma de ganhar dinheiro. Cobrar o <i>lobolo</i> ² das raparigas também pode ser uma estratégia utilizada. Os casamentos prematuros enquadram-se nesta categoria.	6. O sexo transaccional também foi observado como uma possibilidade, mas os entrevistados afirmam que é raro.
7. A mandioca é também um item alimentar consumido em períodos de escassez alimentar.	7. As frutas como por exemplo a banana foram indicadas como itens alimentar que são consumidos quando encontrados.

² *Lobolo* é uma prática sociocultural de pagamento de um valor monetário pela noiva comum nos povos da África Austral (Oxford University Press, 2018). Consulte <https://en.oxforddictionaries>

4. DEBATE

A secção a seguir consiste na apresentação de pontos-chave e de uma lista de recomendações que podem ajudar na tomada de ação para melhor posicionar o governo e actores humanitários, incluindo a OIM, para responder – de forma sistemática e estruturada – aos desafios encontrados do HIV em situações de emergência. As constatações apresentadas foram classificadas e analisadas de acordo com as directrizes do Comité Permanente de Interagências (IASC) para abordar o HIV em cenários de ajuda humanitária que permitem ao governo e actores humanitários integrar facilmente as questões em torno do HIV em situações de emergência na actual política.

4.1. Pontos-chave

- O HIV não é considerado parte da planificação de emergência. Os governos locais não estão cientes do HIV como uma componente da planificação de resposta à emergência.
- O acesso limitado aos serviços de saúde e estigma relativamente ao HIV são obstáculos significativos à prevenção, cuidado e tratamento do HIV, particularmente durante as cheias; observou-se o mesmo durante as épocas de seca. A distância dos centros de saúde é geralmente grande e as pessoas raramente têm fundos disponíveis para se deslocarem às instalações.
- São evidentes lacunas na protecção. Estas vulnerabilidades relacionam-se principalmente com casos de sexo transaccional, abandono escolar e casamentos prematuros. Sabemos que em Moçambique, 50% das raparigas casam-se antes dos 15 anos (UNICEF, 2015). As normas e crenças culturais interferem com a gestão de casos de violência sexual baseada no género e casos de violação, e consequentemente esses casos não são reportados.
- Não foi observada a PPE o que resulta numa lacuna importante na prevenção da transmissão.
- A migração rural-urbana e rural-rural é um factor considerável que aumenta a vulnerabilidade à transmissão do HIV bem como a interrupção na continuação dos serviços, cuidados e tratamento do HIV.
- A inclusão de PVHIV como um grupo vulnerável nos esforços de ajuda humanitária não é feita de forma consistente e depende do provedor de serviços.

- Os actores humanitários têm um conhecimento limitado sobre as directrizes do IASC para abordar o HIV em cenários de ajuda humanitária, e há poucos indícios da incorporação destas directrizes na planificação da emergência e da resposta.
- O plano nacional da contingência para as cheias deveria colocar mais ênfase na continuação dos serviços do HIV em TACs e centros de reassentamento e assegurar a inclusão dos serviços de PPE.

4.2. Recomendações

Governo

- O Governo deve dar prioridade à inclusão do HIV/SIDA na estrutura de gestão de calamidades e emergência do governo como um pilar permanente e identificar intervenções concretas e práticas a serem incluídas no plano nacional de contingência 2017-2018.
- O INGC e o MISAU devem promover a integração e adopção sistemáticas das directrizes do IASC para abordar o HIV em cenários de ajuda humanitária. Estas começam com a inclusão do HIV como um pilar fundamental e a função de preparação e resposta à emergência no plano nacional de contingência.
- A HCT e a RCO devem providenciar liderança, coordenação e apoio a uma abordagem multi-cluster integrada de forma a lutar contra o HIV em situações de emergência através da adopção de acções-chave no quadro de acção do IASC.

Clusters

- O *cluster* da saúde sob a liderança da OMS, deve promover e advogar vigorosamente a adopção e aplicação sistemática das directrizes do IASC nas intervenções que abordam o HIV em situações de emergência. Isso irá exigir a integração das directrizes do IASC na ajuda humanitária e a capacitação de comunidades e organizações locais.
- O *cluster* da nutrição e segurança alimentar sob a liderança do UNICEF e PMA deve dar atenção adequada ao HIV em situações de emergência. Isso inclui a garantia de acesso a uma alimentação e nutrição adequadas a PVHIV tanto nos centros de acomodação temporária como nos centros de reassentamento e a avaliação do estado nutricional da PVHIV para assegurar uma intervenção customizada.

- O *cluster* da protecção deve garantir a integração da protecção e da violência baseada no género (VBG) durante todo o ciclo de vida do programa de emergência. Usar sistemas e indicadores de aviso prévios da VBG para melhorar a resposta às emergências e a planificação do HIV em situações de emergência. Isso pode incluir a configuração de um sistema de vigilância que é sensível na captura do impacto da seca e das cheias no acesso aos serviços de cuidados e tratamento, incluindo a adesão ao TARV e incidentes de violência baseada no género.
- O *cluster* da protecção deve reforçar os serviços de protecção dentro da gestão do acampamento para evitar violações dos direitos humanos contra as PVHIV durante intervenções humanitárias sobretudo, mas não limitado, ao estigma e à discriminação.

Agências

- A UNICEF deve continuar a apoiar e a reforçar a capacidade comunitária na prevenção e tratamento do HIV/SIDA e serviços relacionados através do trabalho dos APEs e ampliação das brigadas móveis para incluir o HIV em situações de emergência.
- O UNFPA deve liderar o apoio ao governo para garantir a provisão de Kits de PPE para abordar a exposição ocupacional e não-ocupacional particularmente na Coordenação do Campo e na Gestão do Campo (CCCM).
- A OIM deve continuar a capacitar a descentralização do governo, parceiros e comunidades da CCCM.
- A OIM em conjunto com a UNICEF devem realizar formações para o INGC antes da próxima época de emergência em Moçambique, sobre a questão do HIV durante intervenções humanitárias, tendo em conta as directrizes do IASC.
- O PMA deve liderar a questão da segurança alimentar para PVHIV durante emergências, prestando especial atenção às limitações para a adesão ao tratamento anti-retroviral sem alimentação adequada. A UNICEF deverá co-liderar este esforço.

5. REFÊRENCIAS

- Arthur, M.J. e M. Mejía
2007 *Rebuilding Lives: The Strategies of Women Survivors of Domestic Violence*. Mulheres e Lei na África Austral, Maputo.
- Barbara, C.
2006 An invisible epidemic: The implications of gender neutrality for managing HIV/AIDS in low-incidence countries. *Centres of Excellence for Women's Health Research Bulletin*, 5(2):4.
- Barnes, S.
1989 *Humanitarian Aid Coordination during War and Peace in Mozambique: 1985–1995*. The Nordic Africa Institute, Uppsala, Suécia.
- Buchanan, E.
2016 Mozambique: Towards a new war between the Frelimo government and Renamo rebels? *International Business Times*, 1 de Março. Disponível em www.ibtimes.co.uk/mozambique-towards-new-war-between-frelimo-government-renamo-rebels-1546714
- Caveirinha, J.
2013 Mozambique: Lessons learned summary report. Escritório do Coordenador Residente das Nações Unidas, Maputo.
2015 Mozambique floods 2015: Response and recovery proposal. Maputo, 5 de Fevereiro. Equipa Nacional de Ajuda Humanitária/Moçambique (Nações Unidas, OIM, Cruz Vermelha e ONG), Escritório do Coordenador Residente das Nações Unidas, Maputo.
- Comissão Económica das Nações Unidas para África (ECA), Comissão sobre HIV/SIDA e Governança em África (CHG)
Data não disponível *Commission on HIV/AIDS and Governance in Africa: Mozambique: The Challenge of HIV/AIDS Treatment and Care*. ECA, Adis-Abeba, pp. 1-14.
- Comité Permanente de Interagências (IASC)
2010 Guidelines for Addressing HIV in Humanitarian Settings. ONUSIDA, Genebra.
- Coyne, I.T.
1997 Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*, 26(3):623-630. doi: [10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x](https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-25-00999.x)
- Escritório do Coordenador Residente das Nações Unidas (UNRCO)
2013a Moçambique: Relatório de situação das cheias nº 4, Fevereiro. UNRCO e UNICEF, Maputo.

- 2013b *Mozambique Floods 2013: Consolidated Early Recovery Strategy*. Humanitarian Country Team, Maputo. Disponível em www.humanitarianresponse.info/system/files/documents/files/MOZ-Consolidated%20Early%20Recovery%20Strategy-Final-20130404.pdf
- 2015 Moçambique: Relatório de situação das cheias nº 5. UNRCO, Maputo.
- Fernandez, S. e S. Manhica
- 2016 Drought rapid assessment report: Magude district, Província de Maputo. UNICEF, Maputo.
- Freedom House
- 2016 Moçambique: Violência, refugiados e o campo de Luwani. Freedom House, 15 de Dezembro.
- Glaser, B.
- 1996 *Gerund Grounded Theory: The Basic Social Process Dissertation*. Sociology Press, Mill Valley, Califórnia.
- Glaser, B. e A. Strauss
- 1967 *The Discovery of Grounded Theory*. Aldine e Atherton, Nova Iorque.
- Greig, A. et al.
- 2008 Gender and AIDS: Time to act. *AIDS (London)*, 22:S35-S43.
- Greig, F.E. e C. Koopman
- 2003 Multilevel analysis of women's empowerment and HIV prevention: Quantitative survey results from a preliminary study in Botswana. *AIDS and Behavior*, 7(2):195-208. doi: [10.1023/a:1023954526639](https://doi.org/10.1023/a:1023954526639)
- Hald, B.
- 2013 Revisão das cheias de 2013 em Moçambique: Centro de Acomodação liderada pelo Cluster da IFRC. Federação Internacional das Sociedades da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho IFRC, Genebra.
- Instituto Nacional de Estatística (INE)
- 2009 Censo. INE, Maputo.
- Instituto Nacional de Gestão de Calamidades (INGC)
- 2013 Tendências históricas dos ciclones tropicais que afectaram Moçambique entre 1980 e 2012. INGC, Maputo.
- Instituto Nacional de Saúde (INS) e Instituto Nacional de Estatística (INE)
- 2017 *Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e HIV/SIDA em Moçambique (IMASIDA)*. INE and INS, Maputo. Retirados de www.ins.gov.mz/images/IMASIDA/IMASIDA%202015_HIV.pdf
- Organização Internacional para as Migrações (OIM)
- 2015 Monitoring relocation communities in Zambezia province: A comprehensive needs analysis and population overview. OIM, Maputo.
- Lindgren, T., S.H. Rankin e W.W. Rankin
- 2005 Malawi women and HIV: Socio-cultural factors and barriers to prevention. *Women & Health*, 41(1):69-86.

Mistério da Administração Estatal e Função Pública – Conselho Técnico de Gestão de Calamidades

- 2015 Proposta de Soluções para prevenir e reduzir os efeitos das calamidades naturais a médio e longo prazo. Mistério da Administração Estatal e Função Pública, Maputo.

Ministro da Saúde e SETSAN

- 2016 Análise de IPC de desnutrição aguda. Grupo Técnico de Trabalho IPC e Unidade Global de Apoio do IPC, Maputo.

Monteiro, S.

- 2009 Prevenção de DTS/SIDA na África de língua portuguesa: uma revisão da literatura recente nas ciências sociais e de saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 25(3):680-686.

Morse, J.M.

- 2007 Sampling in grounded theory. Em: *The SAGE Handbook of Grounded Theory* (A. Bryant e K. Charmaz, eds.). SAGE Publisher, Thousand Oaks, Califórnia.

Nepal, B.

- 2007 Prosperity, equity, good governance and good health: Focus on HIV/AIDS pandemic and its feminization. *World Health and Population*, 9(3):73-80.

Núcleo Provincial de Combate ao HIV/SIDA (Zambézia Provincial AIDS Council)

- 2016 Plano de continência para a época chuvosa, seca e ciclónica 2016-2017: Recinto do Governo Provincial de Gaza, Xai.

Polit, D.F. e C.T. Beck

- 2008 *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8ª ed., Lippincott Williams e Wilkins, Philadelphia, Pennsylvania.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (ONUSIDA)

- 1999 *Gender and HIV/AIDS: Taking Stock of Research and Programmes*. ONUSIDA, Genebra.

Rachel, K.J., B.L. Jonathan e A.P.-K. Loveday

- 2003 Gender inequalities, intimate partner violence and HIV preventive practices: Findings of a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine* (1982), 56(1):125-134.

Rankin, S.H. et al.

- 2005 Donkey work: Women, religion, and HIV/AIDS in Malawi. *Health Care for Women International*, 26(1):4-16. doi: [10.1080/07399330590885803](https://doi.org/10.1080/07399330590885803)

República de Moçambique, Conselho de Ministros

- 2013 Plano de contingência para a época chuvosa e de ciclones: 2013-2014: Aprovado pela 38ª Sessão Ordinária do Conselho de Ministros, 12 de Novembro. Conselho de Ministros, Maputo.
- 2015 Plano de contingência para a época chuvosa e de ciclones: 2015-2016: Matola, Outubro. Conselho de Ministros, Maputo.
- 2016 Plano de contingência para a época chuvosa e de ciclones: 2016-2017: Aprovado pela 34ª Sessão Ordinária do Conselho de Ministros, 11 de Outubro. Conselho de Ministros, Maputo.

- República de Moçambique, Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
- 2010 Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA: 2015-2019: PEN IV Conselho Nacional de Combate ao Sida, Maputo.
- 2015 Plano estratégico nacional de resposta ao HIV e SIDA 2015-2019, PEN IV. Conselho Nacional de Combate ao HIV e SIDA, Maputo.
- República de Moçambique, Ministério da Saúde
- Data não disponível Relatório final: Pesquisa qualitativa sobre factores favoráveis e barreiras à adesão continuada ao TARV pediátrico em Moçambique: Gaza, Tete, Nampula. Ministério da Saúde, Maputo.
- 2015 Estrategia de grupos de apoio e adesão comunitaria. Ministério da Saúde, Maputo.
- Sessão da Especial da Assembleia Geral das Nações Unidas, e Governo de Moçambique
- 2006 UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: Progress Report: Reporting Period 2003–2005. UNAIDS, Geneva.
- Schreiber, R.S.
- 2001 The “how to” of grounded theory: Avoiding the pitfalls. In: *Using Grounded Theory in Nursing* (R.S. Schreiber e P.N. Stern, eds.). Springer Publishing Company, Nova Iorque, pp. 55-83.
- Sherine, S., S. Cherif e S. Sharif
- 2009 Gender and HIV in the Middle East and North Africa: Lessons for low prevalence scenarios. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 51(Supplement 3):S73-S73.
- Tlou, S.D.
- 2002 Gender and HIV/AIDS. In: *AIDS in Africa* (M. Essex et al., eds.). 2ª ed., Kluwer Academic/Plenum Publishers, Nova Iorque, pp. 655-653.
- Tomm-Bonde, L.N.
- 2016 Colocar e retirar a capulana: Como as mulheres em Moçambique gerem a opressão sexual. Universidade de Victoria, Victoria, British Columbia.
- UNICEF
- 2013 Relatório de Situação da UNICEF Moçambique: Preparação e resposta à emergência das cheias. Período do relatório: 1-2 Fevereiro.
- 2015 *Child Marriage and Adolescent Pregnancy in Mozambique: Policy Brief*. UNICEF, Maputo. Disponível em www.unicef.org/mz/wp-content/uploads/2015/07/EN_Moz_Child_Marriage_aw-Low-Res.pdf
- United Nations Population Fund (UNFPA)
- 2013 Platform to support the mainstreaming of HIV and SGBV in emergency and recovery settings. UNFPA, Maputo.
- Venter, W.D.F., S. Mullick e S. Delany-Moretlwe
- 2015 South Africa has excelled at treating HIV – prevention remains a disaster. The Conversation, 1 de Dezembro. Disponível em <http://theconversation.com/south-africa-has-excelled-in-treating-hiv-prevention-remains-a-disaster-51501>

