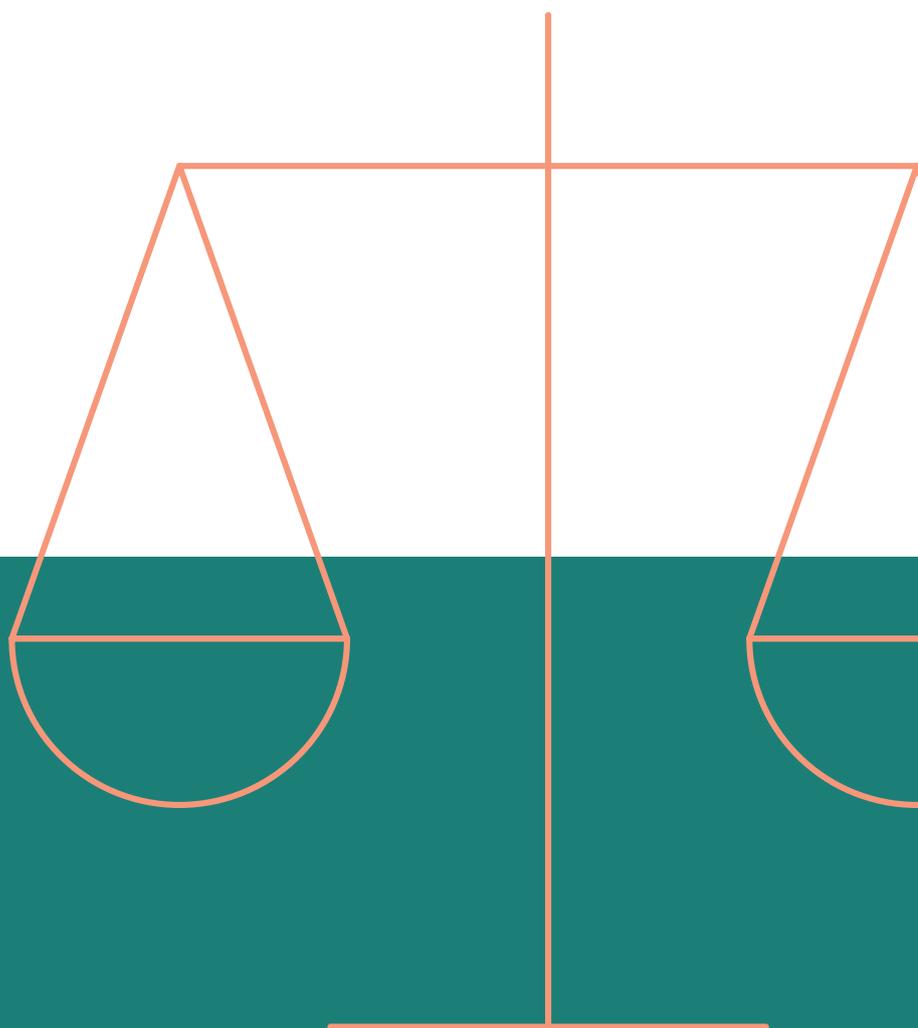




Moçambique

Avaliação do Ambiente Legal de
Legislação de VIH e SIDA



Sumário Executivo

O Projecto Ligar as Políticas à Programação (LPP) é um projecto regional que busca melhorar os resultados da saúde sexual e reprodutiva para a população-chave jovem em cinco países da Comunidade de Desenvolvimento da África Austral – Angola, Madagascar, Moçambique, Zâmbia, Zimbábue. O projecto visa alcançar isto através do fortalecimento dos direitos relacionados ao VIH e à saúde sexual e reprodutiva da população-chave jovem nas leis, políticas e estratégias. O PNUD implementa o projecto, em parceria com Homens Africanos para a Saúde e Direitos Sexuais (AMSHeR) e a Divisão de Pesquisa em VIH / SIDA e Economia da Saúde (HEARD) da Universidade de KwaZulu-Natal. O financiamento é fornecido por um subsídio de cinco anos (2016 a 2020) do Ministério das Relações Exteriores da Holanda por meio de sua iniciativa Não Deixe ninguém para trás. Para obter mais informações, visite: <http://www.africa.undp.org/content/rba/en/home/about-us/projects/linking-policy-to-programming.html>

Citação proposta:

PNUD (2020). *Avaliação do Ambiente Legal de Legislação de VIH e SIDA em Moçambique*.

As opiniões expressadas nesta publicação são as do autor e não representam necessariamente as das Nações Unidas, incluindo o PNUD, ou os Estados-Membros da ONU.

O PNUD faz parceria com pessoas em todos os níveis da sociedade para ajudar a construir nações que possam resistir a crises e impulsionar e sustentar o tipo de crescimento que melhora a qualidade de vida de todos. No terreno em mais de 170 países e territórios, oferecemos uma perspectiva global e uma visão local para ajudar a empoderar vidas e construir nações resilientes.

Copyright © UNDP 2020

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento Moçambique
Kenneth Kaunda Av, N. 931, Maputo
Telefone: +258 21 481 400
E-mail: registry.mz@undp.org
Website: <https://www.mz.undp.org>

Índice

Acrónimos	4
Prefácio: Antecedentes da Implementação da Avaliação do Ambiente Legal para a Legislação de VIH e SIDA	5
I. Introdução	7
A Situação Epidemiológica do VIH e SIDA em Moçambique	8
Principais Grupos Vulneráveis Afectados pelo VIH e SIDA	9
Estigma e Discriminação	9
A Comissão Global de VIH e SIDA e o Direito e a Importância da Legislação na Resposta ao VIH e SIDA	12
II. O Quadro Institucional para o Combate ao VIH e SIDA em Moçambique	13
III. As Leis e Políticas Analisadas	15
IV. Principais Constatações e Recomendações	17
Quadro de Direitos Humanos: Tratados (Internacionais, Regionais, Nacional) de VIH e Direitos Humanos	18
Quadro Nacional de Direitos Humanos e de VIH	20
A Discriminação no Quadro Legal Moçambicano e na Lei 19/2014	21
A Criminalização da Transmissão pelo VIH e SIDA, Exposição e Confidencialidade no Quadro Legal Moçambicano e na Lei 19/2014	22
Populações-Chave e Populações-Chave Jovens: Homens que fazem sexo com homens (HSH), Trabalhadores de Sexo, Pessoas que usam Drogas, Pessoas Transgénero e Reclusos	24
Outros Grupos Vulneráveis: Crianças, Adolescentes, Raparigas e Mulheres Jovens	28
Legislação de Propriedade Intelectual e Acesso Global ao Tratamento	31
Serviços de Saúde e Serviços de Justiça	32
V. Referências	35

Acrónimos

ARISO	Associação para a Reabilitação e Integração Social
CRC	Convenção sobre os Direitos da Criança
CISM	Centro de Investigação em Saúde de Manhiça
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres
CNCS	Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA
COVs	Crianças Órfãs e Vulneráveis ECOSIDA Empresários Contra VIH e SIDA
GCHL	Comissão Global de VIH e SIDA e Lei
GF	Global Fund/Fundo Global
GNP+	Rede Global de Pessoas que vivem com VIH
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana
ICCPR	Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos
ICESCR	Pacto Internacional sobre os Direitos Sociais, Culturais e Económicos
IBBS	Inquérito Integrado Biológico e Comportamental
IMASIDA	Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e VIH e SIDA INS Instituto Nacional de Saúde
IPPF	Federação Internacional de Paternidade Planeada
ICW	Comunidade Internacional de Mulheres Que Vivem com VIH e SIDA
LAMBDA	Associação Moçambicana dos Direitos das Minorias Sexuais
MISAU	Ministério da Saúde
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OIT	Organização Internacional de Trabalho
ONUSIDA	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief
PLASOC-M	Plataforma da Sociedade Civil para Saúde de Moçambique
PEN	Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH e SIDA
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PVVIH	Pessoas Vivendo com VIH
SADC	Comunidade de Desenvolvimento da África Austral
SAJ	Sistema de Administração da Justiça
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UNGASS	Sessão Especial da Assembleia Geral
UNIDOS	Rede da Sociedade Civil contra a Droga
USAID	Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional

Prefácio: Antecedentes da Implementação da Avaliação do Ambiente Legal para a Legislação de VIH e SIDA

A *Avaliação do Ambiente Legal da Legislação de VIH e SIDA* foi implementada no país, de 2018 a 2019, como parte das actividades do Projecto do PNUD, *“Ligar Políticas à Programação: Reforçar os Quadros Jurídicos e de Políticas com vista à Redução do Risco do VIH e à Melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva para as Principais Populações-chave Jovens na África Austral”*,¹ financiado pelo Reino dos Países Baixos. O principal objectivo da avaliação é de melhorar a compreensão de como o quadro legal para VIH, SIDA e direitos humanos (os tratados assinados pelo país, a legislação, as políticas, os planos e as estratégias) fortalece a resposta nacional ao VIH e SIDA.

A avaliação aconteceu em três fases: a identificação das principais pessoas de recurso, a constituição de um grupo de trabalho técnico composto de pessoas do governo e da sociedade civil (o Comité de Aconselhamento Técnico), a capacitação dessas pessoas na utilização do *Manual de Avaliação do Ambiente Legal*. A análise da legislação começou com a revisão bibliográfica,² seguida do trabalho de campo que consistiu em entrevistas com populações-chave, PVVIH e outras populações vulneráveis. Estes processos foram complementados por diálogos consultivos em seminários regionais e nacionais com executores da área de género, VIH e direitos humanos. Seguiu-se a redacção do relatório e, depois, os seminários para consulta e a pré-validação e validação final do relatório.

A implementação deste estudo foi feita pelo Centro de Direitos Humanos da Faculdade de Direito da Universidade Eduardo Mondlane como entidade consultora, com o apoio directo do PNUD e a participação dos principais intervenientes da área de VIH SIDA e direitos humanos, que compreenderam representantes do Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos e do sistema de administração da justiça como o Ministério Público, o Tribunal Supremo, o Ministério do Interior, a Comissão Nacional dos Direitos Humanos e o Gabinete do Provedor de Justiça. Participaram também representantes de outros ministérios relevantes nomeadamente:

- O Conselho Nacional de Combate à SIDA e dos Ministérios de Saúde, de Juventude e Desportos e da Educação e, por parte da sociedade civil e diversas organizações como a rede PLASOC-M;
- Organizações que representam populações-chave, i.e, os homens que fazem sexo com homens (a LAMBDA), as trabalhadoras de sexo (Associação UNGAGODOLI e TIYANA VAWA SATI), a população reclusa (ARISO) e os usuários de droga (UNIDOS) e
- Organizações das Nações Unidas: o PNUD, a OIT e a ONUSIDA.

Para a pesquisa, foram consultados os Tratados Internacionais sobre direitos humanos, VIH e SIDA e género e, no nível

1 “Ligar Políticas à Programação: Reforçar os Quadros Jurídicos e Políticos com vista à redução do risco do VIH e à melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva para as Principais Populações-chave Jovens na África Austral é um projecto do PNUD em implementação em Angola, Zâmbia, Zimbabwe, Madagáscar e Moçambique.

2 Revisão bibliográfica dos principais tratados ratificados pelo país na área de direitos humanos, VIH e SIDA, saúde sexual e reprodutiva, o quadro legal nacional nesta área, e ainda políticas, estratégias e planos de resposta que permitem a provisão de serviços de saúde e de justiça aos grupos vulneráveis a infecção pelo VIH.

nacional, a *Constituição da República de Moçambique*, a *Lei de Protecção da Pessoa, do Trabalhador e do Candidato a Emprego Vivendo com VIH e SIDA* e outra legislação que protege as PVVIH, as populações-chave e as populações vulneráveis ao VIH e SIDA. Os planos, estratégias e políticas sectoriais foram igualmente relevantes, inclusive o *PEN IV 2015-2020* e a *Directriz de Assistência as Populações-chave*. Para consubstanciar evidências, consultaram-se também estudos quantitativos e qualitativos relevantes desde os dados do IMASIDA, Estudo sobre estigma e discriminação³, e os estudos específicos sobre as populações-chave (Inquérito Integrado Biológico e Comportamental/Integrated Biological and Behavioral Surveillance Survey

O fraco domínio no país sobre as abordagens dos sete programas de VIH e direitos humanos foi um desafio para a pesquisa. Embora o PEN IV aluda a estes programas, o conhecimento sobre a implementação prática destes programas precisa de consolidação. Outra limitação é que, devido a constrangimentos de tempo, o presente relatório avalia apenas a legislação de VIH e SIDA e sua contribuição para a resposta nacional, mas não analisa a legislação sobre a tuberculose. Uma outra avaliação de ambiente legal deve ser implementada especificamente para a legislação pertinente à tuberculose.

O Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH e SIDA IV 2015-2020 dá extrema importância às abordagens de VIH e direitos humanos, definidas em torno dos “sete principais programas para a redução do estigma e discriminação e o aumento ao acesso à justiça nas respostas nacionais ao VIH”.⁴ Assim, a implementação deste estudo *de Avaliação do Ambiente Legal* contribui grandemente para a compreensão de tais programas de maneira particular contribui directamente para o Programa de Monitoria e Revisão do Ambiente Jurídico (leis, políticas, regulamentos) e para influenciar

e contribui para influenciar os outros seis programas com vista à provisão de serviços de saúde e justiça para os principais grupos vulneráveis à infecção e ao risco de VIH e SIDA. Adicionalmente, entre os Estudos de Índice de estigma e discriminação e a pesquisa *de Avaliação de Ambiente Legal* a correlação é forte. Se, por um lado, o Índice de estigma e discriminação permite perceber as práticas discriminatórias existentes na sociedade que violam os direitos humanos e individuais, e verificar em que medida as pessoas mais vulneráveis conseguem aceder aos serviços de saúde e de justiça nos casos em que houve discriminação, por outro lado, a análise da legislação permite verificar em que medida a lei protege estes grupos e contribui para a reparação legal através da implementação da legislação existente.

Este estudo, contribui para a análise crítica de como a legislação nacional sobre VIH e SIDA contribui para proteger contra o estigma e discriminação, aumentar o acesso a justiça e aos serviços de saúde pelas populações deixadas para trás, nomeadamente, as populações-chave e as populações vulneráveis. O presente documento sumariza o grande relatório da *Avaliação do Ambiente Legal da Legislação de VIH e SIDA*.

3 *Índice de Estigma* implementado pelas PVVIH em colaboração com a ONUSIDA em 2013 é um dos documentos de referência neste trabalho.

4 Os sete principais programas para a redução do estigma e da discriminação e o aumento ao acesso à justiça nas respostas nacionais ao VIH são a base das intervenções do Fundo Global nos países e dos planos estratégicos de VIH e SIDA na componente de direitos humanos.

I.

Introdução

A Situação Epidemiológica do VIH e SIDA em Moçambique

Situada entre os dez países com elevados índices de VIH e SIDA, a República de Moçambique está classificada como tendo a quarta epidemia de VIH e Tuberculose mais crítica ao nível mundial.⁵ O fardo da doença reduz os ganhos económicos em todos os sectores económicos, aflige os agregados familiares mais pobres e a força laboral nos sectores formal e informal, baixa a qualidade de vida dos cidadãos, sobretudo se vivem com o VIH e SIDA, e emperra os esforços de desenvolvimento sustentável do país.

Segundo o Inquérito de Indicadores de Imunização, Malária e VIH/SIDA (IMASIDA 2015)⁶ (INS. IMASIDA 2015. Pag 6), a prevalência do VIH entre adultos entre 15 e 49 anos de idade é de 13,2%; sendo 15,4% em raparigas adolescentes e mulheres jovens e 10,1% nos homens e rapazes jovens. A prevalência da epidemia varia significativamente, geograficamente, por sexo e por idade, e a epidemia permanece misturada, com bolsas de concentração entre as principais populações (vulneráveis e populações-chave).

A zona sul é a mais afectada, e a Província de Gaza possui a maior taxa de seroprevalência entre adultos (24,4%),⁷ seguida da zona centro, com a Província de Sofala (16,3%) tem a taxa maior.⁸ Na zona norte, a Província de Cabo Delgado possui o índice maior de seroprevalência (13,8%).⁹ O Relatório de IMASIDA (INS. IMASIDA 2015. Pag 6) também revelou que a prevalência do VIH é maior nas zonas urbanas.

O mesmo relatório revela também a feminização do VIH com taxas de infecção elevadas entre adolescentes, raparigas e mulheres jovens, se comparadas aos homens (INS. IMASIDA 2015. Pag 7). Nas províncias como Gaza e Sofala que possuem índices elevados de seroprevalência, a prevalência entre as mulheres jovens é cinco ou seis vezes maior do que nos homens de idade semelhante. Muitas são as razões, mas, em todo o país, as mais comuns são: as desigualdades de género e as barreiras socioculturais, económicas e de direitos humanos no acesso aos serviços. As desigualdades na educação, aliadas a algumas normas e práticas socioculturais como o início precoce de relações sexuais, os ritos de iniciação, o casamento infantil, o sexo pago, transaccional ou transgeracional e o engajamento em relações sexuais múltiplas. Leis, normas e práticas sociais tendem a desempoderar estes grupos e sua capacidade de se protegerem do VIH e acederem informações sobre a saúde sexual e reprodutiva e os serviços para a sua protecção.

Em Moçambique, a epidemia do VIH e SIDA aflige com maior incidência os jovens. Em 2016, os jovens com 15 a 24 anos de idade representaram 34.5% de todas as infecções novas¹⁰. Para eles, os principais factores de risco estão muito associados ao início precoce da actividade sexual e incluem questões comportamentais, biológicas, socioculturais e económicas (CNCS. PEN IV. anexo 31, pag. 24). Jovens de sexo feminino, ou seja, *meninas adolescentes e mulheres jovens* dos 15-24 anos têm a maior incidência dentro da população geral; e meninas e mulheres constam 60% de pessoas vivendo com VIH e SIDA (PVVIH).

5 Documento da Proposta do Fundo Global 2018-2020

6 *O Inquérito Nacional IMASIDA 2015*

7 A Província de Maputo (22.9%), a Cidade de Maputo (16.9%) e Inhambane (14,1%). Algumas das principais razões para estes índices de seroprevalência elevados são a circulação da população mineira de Moçambique para a África do Sul e vice-versa e o sexo transaccional, intergeracional, ocasional e comercial sem o uso do preservativo.

8 Províncias de Zambézia (15,1%, Manica (13.5%) e Tete (5,2%)

9 As Províncias de Niassa (7,8%) e Nampula (5,7%) têm os mais baixos índices.

10 Dada essa alta incidência e prevalência, a baixa idade na iniciação sexual das meninas, a correlação directa entre o mau desempenho económico e aumento do sexo transaccional, e a sobreposição modal na faixa etária entre mulheres 10-24 e as trabalhadoras do sexo feminino na África, seria prudente considerar adolescentes raparigas e moças 10-24 a principal população prioritária em Moçambique.

Principais Grupos Vulneráveis Afectados pelo VIH e SIDA

O Plano Estratégico Nacional de Combate ao VIH e SIDA IV 2015-2020 (CNCS. PEN IV. Pag 51) adaptou os princípios dos direitos humanos na programação e respondeu com intervenções concretas e combinadas em torno dos Sete Programas-Chave de VIH e Direitos Humanos. O plano reflecte o reconhecimento de que tais intervenções contribuem grandemente para fortalecer a resposta nacional, tal como o potencial de fornecer testagem, tratamento e cuidados. O PEN IV identifica as populações prioritárias como as que contribuem significativamente para a epidemia devido aos seus elevados índices de infecções novas ou que têm—devido à sua condição—um limitado acesso aos serviços disponíveis. São elas:

- Populações-chave: homens que fazem sexo com homens (HSH), Mulheres trabalhadoras de sexo, pessoas que usam drogas injectáveis e reclusos¹¹
- Populações vulneráveis¹² por causa de factores económicos, sociais, culturais e políticos do meio em que vive. Em Moçambique, a vulnerabilidade associa-se
 - i. às altas taxas de incidência pelo VIH (meninas adolescentes e mulheres jovens dos 15-24 anos, trabalhadores móveis e migrantes, casais serodiscordantes) e

- ii. às barreiras no acesso aos serviços (PVVIH, raparigas entre os 10-14 anos, crianças órfãs e vulneráveis (COVs), pessoas com deficiência)

Estigma e Discriminação

Em Moçambique, os resultados dos estudos qualitativos das populações-chave contribuem para desenhar acções, directrizes e estratégias de acesso aos serviços de saúde para estes grupos-alvo.

Outros estudos investigam o estigma e a discriminação e identificam a assistência mais útil para as populações-chave e, em particular, as PVVIH e a ligação entre o seu acesso—fraco ou forte—aos serviços de saúde e justiça que permitem a reparação dos danos resultantes da discriminação. Da literatura, distinguem-se dois estudos de estigma e discriminação das populações deixadas para trás:

- O **Índice de Estigma das Pessoas Vivendo com VIH** foi implementado de 2013 a 2015, e o principal grupo-alvo foi o de Pessoas Vivendo com o VIH e SIDA. Embora não incluísse análises das populações-chave, o estudo concluiu que, no país, o estigma e a discriminação contra as PVVIH e os seus parceiros e famílias ainda prevalece. O estigma toma duas formas: auto-estigma e o estigma e discriminação promovido pelos outros contra as PVVIH.
 - Da *auto-estigmatização*, os inquiridos manifestaram várias formas: sentimentos negativos em relação a si próprios por

Tabela 1. Prevalência do VIH nas populações-chave em Moçambique 2015

	Pessoas que usam drogas injectáveis	Mulheres trabalhadoras de sexo	Reclusos	Homens que fazem sexo com homens
Prevalência do VIH em populações-chave (IBBS)	Maputo Cidade: 50.2%	Maputo Cidade: 30.2%	24%	Maputo Cidade: 8.1% Beira: 9.1% Nampula: 3.7%

Fonte: CNCS. Maputo 2015. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao VIH e SIDA 2015-2020

11 CNCS. PEN IV. Pag 25

12 CNCS. PEN IV. Pag 24

serem portadores de VIH, baixa auto-estima, sentimentos de vergonha ou culpa e a vontade de se suicidar. Como resultado, inibiram-se de participar em encontros sociais, isolaram-se inclusive da família e amigos, decidiram parar de trabalhar ou de procurar trabalho, não casar, não ter relações sexuais e nem buscar serviços de saúde.

- *Do estigma e discriminação cometidos por outros contra as PVVIH*, os entrevistados relataram terem passado por (i) restrições no uso e no acesso aos serviços, nomeadamente, no acesso ao trabalho, ao alojamento ou a algum serviço social e (ii) a perda de emprego ou da fonte de rendimento (sobretudo devido à deterioração do seu estado de saúde). Outros foram
 - forçados a mudar de local de residência;
 - impedidos de arrendar um local para acomodação;
 - eles próprios ou os filhos despedidos, expulsos ou suspensos de uma instituição de ensino devido à sua condição de PVVIH
 - negados os serviços de planeamento familiar e de saúde sexual e reprodutiva, por causa da sua situação de VIH;
 - aconselhados por um profissional da saúde a não ter (mais) filhos por causa da sua condição de PVVIH (sobretudo mulheres); e
 - coagidos por um profissional de saúde a serem esterilizados depois do diagnóstico.

As mulheres inquiridas alegaram ter sido coagidas a interromper uma gravidez com impactos psicológicos e ter ouvido falar mal de si. Outras, foram vítimas de insultos, ameaças verbais, ataques físicos, pressão psicológica ou manipulação pelo cônjuge e exclusão de actividades sociais ou em família.

- Um estudo de estigma e discriminação implementado em 2018 pela Universidade de Kwazulu Natal em colaboração com a Faculdade de Medicina da Universidade de Eduardo Mondlane foi implementado **para o grupo-alvo das populações-chave jovens**.¹³ Embora este estudo não possa ser colocado a dimensão e magnitude do estudo de estigma, ele identificou informações relevantes. Por exemplo, o estigma contra as populações-chave impede-as de aceder aos serviços de educação, justiça e saúde. A discriminação resulta dos preconceitos e sentimentos morais enraizados algumas vezes em valores religiosos que rejeitam tais grupos. Quando não controlados pelos provedores de serviços, tais sentimentos facilmente motivam a exclusão, a rejeição e a recusa de dar assistência quando transgéneros, trabalhadoras de sexo ou homens que fazem sexo com homens vão às unidades sanitárias. Isto viola os seus direitos individuais e os direitos humanos. Como consequência, muitos destes grupos-alvo declararam não estarem reunidas as condições para se aproximarem das unidades sanitárias por vergonha de ver a sua intimidade violada ou, em última instância, sofrer a falta do sigilo e confidencialidade. Para jovens, o caso seria mais grave, devido ao receio de que a sua vida sexual pudesse ser divulgada a seus pais ou aos encarregados de educação.

Em termos de severidade, o estigma parece ser mais intenso para com as populações-chave. Parece haver uma maior aceitação de pessoas vivendo com o VIH do que das populações-chave, talvez como resultado do julgamento moral e religioso contra as populações-chave. Portanto, a remoção das barreiras causadas pelo estigma e discriminação destes grupos é essencial para acabar com o SIDA como uma ameaça à saúde pública e alcançar a cobertura universal de saúde e os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável até 2030.

13 Estudo implementado no contexto do projecto Ligar Políticas a Programação: Reforçar os Quadros Jurídicos e Políticos com vista à redução do risco do VIH e à melhoria da Saúde Sexual e Reprodutiva para as Principais Populações Jovens na África Austral¹³, financiado pelo Reino dos Países Baixos.

Devido a estes factores, o MISAU elaborou e está a implementar a directriz para integrar os serviços de prevenção, cuidados e tratamento do VIH e SIDA para a população-chave no sector da Saúde e garantir que a resposta ao VIH e SIDA neste grupos-alvo seja intensificada, aumentando o número de pessoas que não têm medo de fazer o teste, que assumem o seu serostatus, que estão em tratamento e que usam preservativos sem serem vítimas de estigma e discriminação por parte de suas famílias, companheiro(a)s e sociedade.

- **Estigma e Discriminação no Local de Trabalho.** O país possui um ambiente legal propício de combate ao estigma e discriminação no local de trabalho com base nos seguintes instrumentos legais, nomeadamente, a Lei 19/2014, a Recomendação 200 da OIT e a Lei 23/2007,

de 1 de Agosto – *Lei do Trabalho e Estratégia de Resposta ao VIH e SIDA na Função Pública (I) e (II)*.

- No âmbito das relações de trabalho, quase todas as instituições públicas têm núcleos de SIDA implantados, embora em muitos casos uma revitalização e capacitação seja oportuna.
- No sector privado, algumas grandes e médias empresas dispõem de políticas e programas de VIH no local de trabalho.
- O sector informal possui igualmente um programa de prevenção e combate ao VIH e SIDA¹⁴.
- O País possui um mecanismo a resposta por parte do sector privado para a coordenação das intervenções de VIH e SIDA designado ECOSIDA, para

Desafios: Até 2020, o país implementou poucos estudos na área de estigma e discriminação no local de trabalho; (i) O país não possui nenhum estudo abrangente e complexo sobre estigma e discriminação para as populações-chave e, em particular, as populações-chave jovens; (ii) o país não possui nenhum estudo de estigma nas unidades sanitárias; (iii) o país não implementou estudos de estigma em contextos de duplo ou triplo estigma, por exemplo, nos casos do duplo estigma associado ao VIH, e a tuberculose; (iv) o país não implementou nenhum estudo de estigma no grupo alvo de mulheres que associa o VIH e a violência baseada no género sexual; (v) Existe uma complexidade nos programas de resposta ao VIH e SIDA no local de trabalho que permitem combater o Estigma e discriminação nestes locais. De maneira particular no sector privado, as empresas não possuem um instrumento orientador claro de prevenção e combate ao VIH e SIDA.

Recomendações: Existe uma forte necessidade de i) implementar Estudos de Estigma e Discriminação de forma permanente de modo a apurar os níveis de estigma existentes na sociedade; ii) implementar estudos de estigma e discriminação para grupos populacionais específicos (PVVIH, Populações Chave) bem como em categoriais sociais vítimas de discriminação; iii) implementar estudos de estigma para ambientes específicos, por ex., nas unidades sanitárias e nos locais de trabalho; iv) implementar análises de estigma que focalizam em contextos de duplo ou triplo estigma (combinação VIH e TB por exemplo) e, com base nesta informação, auxiliar a desenvolver intervenções para o seu combate; v) identificar durante a revisão legal toda a legislação que contém qualquer dispositivo ou linguagem moralista desprestigiante que pode exacerbar o estigma contra certos grupos específicos; viii) adoptar uma política nacional de VIH e SIDA para os locais de trabalho, que sirva de instrumento de domesticação das recomendações internacionais de combate ao estigma no local de trabalho e, sobretudo, que oriente as empresas no estabelecimento de mecanismos de acesso aos benefícios sociais relacionados com VIH ao mesmo tempo que preserva a privacidade dos afectados.

A Comissão Global de VIH e SIDA e o Direito e a Importância da Legislação na Resposta ao VIH e SIDA

A legislação joga um papel importante na resposta nacional ao VIH e SIDA e tem um profundo impacto na vida das pessoas, especialmente na daqueles que são vulneráveis e marginalizados. Apesar das melhorias que muitos países têm demonstrado no aumento do número de pessoas em tratamento, bem como, no prolongamento da esperança de vida das pessoas vivendo com VIH e SIDA (PVVIH), em muitos países incluindo em Moçambique prevalecem aspectos na legislação que afastam as populações-chave, as PVVIH e os grupos vulneráveis da prevenção, tratamento e cuidados. Em 2012, a Comissão Global de VIH e SIDA e o Direito (GCHL) apelou a todos os países no mundo a encetarem esforços nacionais para eliminar todo o tipo de legislação discriminante contra grupos de risco que contribuem para a epidemia (Global Commission on VIH and the Law. 2012. *Risks, Rights and Health*, UNDP – VIH/AIDS Groups, Nova York. EUA. pp. 7).

Os países foram aconselhados a reformarem a sua legislação visando torná-la mais protectora e promotora de direitos humanos como forma de promover respostas efectivas e sustentáveis que contribuem para i) combater o VIH e SIDA, ii) combater a Tuberculose e iii) não deixar ninguém para trás, particularmente os grupos vulneráveis ou de risco. Em 2015, este apelo acabaria por ser reforçado no contexto da aprovação dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável, e, em 2016, no contexto da aprovação da Nova Declaração Política de Alto Nível de VIH e SIDA.

Em Moçambique, uma nova Lei de Protecção da Pessoa, Trabalhador e Candidato Vivendo com VIH e SIDA foi aprovada em 2014,¹⁵ como parte da reforma de duas leis de VIH e SIDA existentes, nomeadamente a Lei 5/02, de 5 de Fevereiro, de prevenção e combate ao VIH e SIDA no local do trabalho e a Lei 12/2009, que estabeleceu os direitos e deveres da pessoa vivendo com VIH e SIDA por terem sido identificadas como contendo algumas das lacunas descritas pela *Comissão Global de VIH e SIDA e o Direito* no tocante aos aspectos criminalizantes. O processo de revisão das duas leis foi conduzido através de uma revisão pontual destas duas leis e não pode, por isso, ser chamada de uma Avaliação de Ambiente Legal, porque não envolveu a revisão de um pacote maior de legislação associada ao VIH e SIDA.

Em Moçambique, durante a elaboração da nova Lei de VIH e SIDA, houve cuidados para reduzir ao extremo aspectos criminalizantes por já se ter provado em muitas partes do mundo que este tipo de legislação contribui para obstruir a resposta nacional.

As recomendações apresentadas neste relatório da *Avaliação do Ambiente Legal de VIH e SIDA vão contribuir para informar a revisão da legislação de VIH e SIDA* (a Lei 19/2014 e o desenvolvimento do (s) regulamento(s) de sua implementação), bem como de outras diversas legislações que contribuem para a protecção dos grupos-alvo vulneráveis à infecção, incluindo os tratados de direitos humanos que o país tem ainda pendentes por ratificar.

15 Lei 19/2014, de 27 de Agosto

II.

O Quadro Institucional para o Combate ao VIH e SIDA em Moçambique

Em Moçambique, a resposta nacional no combate à epidemia é liderada pelo Ministério da Saúde (MISAU) e pelo Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA (CNCS).

O Ministério da Saúde (MISAU) está encarregado da estratégia sectorial e da formulação de políticas, enquanto os programas de Tuberculose e VIH desenvolvem estratégias e directrizes específicas para a doença. O sistema nacional de saúde é descentralizado em 11 províncias, 30 municípios e 158 distritos. As Direcções Provinciais de Saúde supervisionam os hospitais, enquanto os distritos supervisionam as instalações de saúde. Os desafios no sistema de saúde incluem na área de financiamento, infra-estruturas, e na área de recursos humanos.

Em 1999, o Grupo Técnico em VIH e SIDA foi criado para desenvolver o primeiro *Plano Nacional de Luta contra Doenças Sexualmente Transmissíveis e VIH e SIDA (PEN I)*, que esteve em implementação de 2000 a 2002. O PEN I criou condições para o estabelecimento do Conselho Nacional de Combate ao SIDA (CNCS). O CNCS foi responsável pela elaboração do *Plano Estratégico Nacional (PEN II)*, que esteve em implementação de 2004 a 2009. De 2014 a 2020, está em implementação o *PEN IV*. Nesta *Avaliação do Ambiente Legal de VIH e SIDA*, o Plano Estratégico Nacional é tomado como a principal política pública de resposta nacional à epidemia de VIH e SIDA.

Em 2020, o CNCS completa 20 anos de existência, e o seu papel é o de coordenar a resposta multisectorial com outros intervenientes, não apenas da componente médica, reconhecendo que a doença possui vectores, culturais, entre outros. Um dos maiores apanágios do CNCS nas suas intervenções dos últimos cinco anos é o forte papel que reserva para as intervenções de VIH e direitos humanos e a cooperação com os intervenientes do sector de justiça, incluindo a Polícia da República de Moçambique (PRM).

No tocante as ONG's, em Moçambique, o papel das **organizações não governamentais** (ONGs) é antes de mais reconhecido pela Constituição

da República. O artigo 78 da constituição afirma: "(1) As organizações sociais, como formas de associação com afinidades e interesses próprios, desempenham um papel importante na promoção da democracia e na participação dos cidadãos na vida pública. (2) As organizações sociais contribuem para a realização dos direitos e liberdades dos cidadãos, bem como para a elevação da consciência individual e colectiva no cumprimento dos deveres cívicos." Adicionalmente, o Parlamento promulgou a Lei 8/91, de 18 de Julho—a Lei das Associações—que prevê a legalização das associações nacionais e das ONGs internacionais.

Para o exercício das suas actividades, as organizações nacionais são reconhecidas pelo Ministério da Justiça, Assuntos Constitucionais e Religiosos. As ONGs internacionais têm de se inscrever no Ministério dos Negócios Estrangeiros e Cooperação e provar que são legalmente reconhecidas nos seu país de origem antes do reconhecimento. Uma vez reconhecidas, as organizações da sociedade civil operam livremente e podem estabelecer plataformas de cooperação com instituições públicas no âmbito da sua operação.

No sector da saúde, a parceria para a prestação de cuidados de saúde é feita ao abrigo do regulamento que define os mecanismos de parceria entre o Serviço Nacional de Saúde e o sector privado sem fins lucrativos, aprovado pelo Diploma Ministerial 40/2003, de 2 de Abril. No caso do tratamento anti-retroviral, as clínicas privadas estão autorizadas a exercer a medicina privada oferecendo tratamento às pessoas vivendo com VIH e SIDA, ao abrigo da Lei 26/91, de 31 de Dezembro. Adicionalmente na área do VIH e SIDA, as organizações da sociedade que actuam no campo da assistência social são complementarmente governadas pelo Decreto 46/2014, regulamento sobre a implementação da seguridade social básica por ONGs nacionais e internacionais (MONASO 2008:34).

III.

As Leis e Políticas Analisadas

As leis e políticas que podem ser relacionadas ao VIH e o SIDA são:

1. Constituição da República de Moçambique (com as emendas da Lei 1/2018 de 12 de Julho)
2. Lei 19/2014, de 27 de Agosto que protege pessoas, trabalhadores e candidatos a emprego com VIH e SIDA
3. Lei 29/2009, de 29 de Setembro sobre a violência doméstica praticada contra as mulheres
4. Lei 10/2004, de 24 de Agosto – Lei da Família
5. 5. Direito do Trabalho (Lei 23/2007, de 1 de Agosto)
6. Código Penal (aprovado pela Lei 35/2014, de 31 de Dezembro)
7. Lei 10/2017, de 1 de Agosto Lei dos funcionários públicos
8. Lei 6/2008, de 9 de Julho de prevenção e combate ao tráfico de pessoas, especialmente mulheres e crianças
9. Lei 7/2008, de 9 de Julho sobre a promoção e a protecção das crianças
10. Regulamentos sobre as provisões técnicas para a acessibilidade reforçada por cidadãos com deficiências físicas e/ou mobilidade prejudicada a edifícios e áreas públicas, aprovados pelo Decreto n.º 58/2008, de 30 de Dezembro
11. Promoção e protecção dos direitos das pessoas idosas (Lei 3/2014, de 1 de Fevereiro)
12. Recomendação 200 da OIT
13. Lei 23/2007, de 1 de Agosto – Lei do Trabalho e
14. Estratégia de Resposta ao VIH e SIDA na Função Pública (I) e (II).
15. Directriz de assistência as populações chave
16. Plano Estratégico Nacional de resposta ao VIH e SIDA 2015-2020

IV.

Principais Constatações e Recomendações

A legislação (i) fornece um grande suporte para proteger os direitos destes grupos contra diferentes formas de estigma e discriminação relacionados ao VIH. (ii) Existe uma necessidade de observância dos direitos humanos na provisão de serviços de saúde e (iii) Existe uma necessidade de aproximar os serviços de justiça as pessoas vítimas de discriminação e impedidas de aceder aos serviços de saúde.

- A Constituição da República de Moçambique, o documento legal mais importante no país, está directamente alinhada com o quadro de direitos humanos estabelecido pelo direito internacional promovendo a não-discriminação.
- A Lei 19/2014, de 27 de Agosto é específica sobre VIH e SIDA (Lei de protecção da pessoa, do trabalhador e do candidato vivendo com VIH e SIDA).

Em países como Moçambique existem ainda vários desafios para que as pessoas possam conhecer a legislação e a usar em seu benefício. Como resultado, normas, práticas sócio-culturais como o estigma e a discriminação continuam a ser um sério entrave aos direitos humanos e individuais das pessoas vivendo com VIH, populações-chave e outras populações vulneráveis afastando-os dos serviços de prevenção, tratamento, cuidados e apoio psicossocial.

O presente relatório está dividido da seguinte forma: a primeira parte do presente relatório contextualiza a situação de VIH e SIDA em Moçambique e a segunda focaliza os principais tratados de direitos humanos assinados e/ou ratificados pelo país, o quadro jurídico nacional de resposta dos direitos humanos, a Constituição da República de Moçambique e a legislação específica de VIH e SIDA. Esta parte analisa pormenorizadamente os principais desafios associados à implementação da Lei 19/2014 e as principais recomendações. Também analisa outra legislação relevante de protecção aos grupos alvos, por ex., i) a legislação e políticas de saúde pública e da mulher, de género e das práticas nocivas baseadas na violência do género, ii) a legislação e políticas públicas sobre a juventude, iii)

a legislação penal relacionada com o VIH e SIDA, aplicável às populações-chave, iv) a legislação laboral e de protecção social; como também os desafios da sua implementação e as recomendações para que o potencial da mesma possa ser usada para aumentar a eficácia nas respostas ao VIH e SIDA.

Quadro de Direitos Humanos: Tratados (Internacionais, Regionais, Nacional) de VIH e Direitos Humanos

O quadro legal de VIH e direitos humanos funda-se em várias cartas, tratados e convenções assinados e ratificados pelos estados membros da ONU, UA e da SADC do qual Moçambique faz parte.

Moçambique tem ratificado os principais instrumentos internacionais de direitos humanos ligados ao VIH e SIDA e direitos humanos, incluindo três dos quatro tratados principais sobre direitos humanos que incluem importantes direitos e dispositivos no contexto de VIH e SIDA, nomeadamente:

- *Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos (ICCPR)* – Resolução 5/91 de 12 de Dezembro de 1991 (Assembleia da República)
- *Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW)*. Ratificada pela Assembleia da República, resolução 4/1993 (BR, I Série, nº 22, de 2/6/1993)
- *Convenção sobre os Direitos da Criança (CRC)*. Resolução 19/90 de 23 de Outubro de 1990 (Conselho de Ministros)
- Adicionalmente, o País ratificou outros instrumentos como pactos e protocolos da ONU, da UA e da SADC que promovem os direitos humanos no ambiente de VIH e SIDA, e do combate a violência contra mulheres. Estes protocolos permitem proteger as diversas populações vulneráveis

Desafios: i) Prevalencem alguns tratados relevantes ainda não ratificados pelo país. Está pendente, há vários anos, a ratificação do *Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais (ICESCR)*, embora a sua ratificação tenha sido várias vezes recomendada ao país através do mecanismo de Revisão Periódica Universal; ii) O país persiste em não ratificar os protocolos opcionais que permitem o acesso dos cidadãos nacionais à jurisdição dos órgãos internacionais, o que limita a possibilidade de protecção jurisdicional internacional nos casos de violação de direitos humanos; iii) O legislador raramente aprova legislação específica para a execução de tratados, convenções e compromissos políticos internacionais cujas normas não são imediatamente exequíveis.¹⁶

Recomendações: i) Ratificação do Pacto Internacional dos Direitos Económicos, Sociais e Culturais tal como o recomendado ao país nos relatórios de direitos humanos de Revisão Periódica Universal e ii) Ratificação de outros protocolos opcionais relevantes.

- à infecção pelo VIH e SIDA ou em risco de contaminação e exposição ao risco, nomeadamente, as PVVIH, as populações-chave e as populações vulneráveis.
- O combate ao VIH e SIDA faz parte das prioridades nacionais. As prioridades nacionais são formuladas com base nos compromissos internacionais assumidos pelo país na área de VIH e SIDA, saúde sexual e reprodutiva e a saúde pública. Alguns instrumentos que contêm dispositivos-chaves para a legislação nacional:
 - *Declaração de Viena*: Independentemente dos seus sistemas políticos, económicos e culturais, os Estados têm o dever de promover e proteger as normas universais de direitos humanos e liberdades fundamentais.
 - *o Instrumentos da ONU, da UA e da SADC*:
 - Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos da Mulher em África;
 - Protocolo à Carta Africana sobre os Direitos da Criança e Bem-estar da Criança em África;
 - Carta dos Direitos Sociais Fundamentais da SADC;
 - Declaração de Maseru sobre a Luta contra o VIH e SIDA na Região da SADC;
 - Declaração de Cimeira Especial da União Africana sobre VIH e SIDA, Tuberculose e Malária;
 - UNGASS (Special Session of the General Assembly): Declaração de Windhoek. Women, Girls, Gender Equality and VIH; e
 - SADC: *Estratégia de assistência às populações-chave “Regional Strategy for the Prevention Treatment and Care and Sexual and Reproductive Health and Rights among Key Populations”*, entre outros.
 - Objectivos de Desenvolvimento Sustentável 2015-2030: Dos 17 objectivos definidos, um dedica-se às questões de saúde, o objectivo n.3 (*Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades*) está associado especificamente ao VIH e SIDA.
 - *A Declaração Política sobre VIH e SIDA de 2016*: Esta declaração reconhece que a realização plena dos direitos humanos e liberdades fundamentais constitui um elemento essencial da resposta à epidemia de VIH e SIDA em todos os domínios, incluindo a prevenção, o tratamento e os cuidados e apoio das pessoas infectadas ou afectadas. Reconhece, ainda, que o tratamento de estigma e discriminação das pessoas vivendo com VIH é crucial para uma resposta mais eficaz à epidemia.

¹⁶ Por exemplo, a implementação das Regras de Mandela no sector prisional que prevê a assistência médica ao recluso

Desafios: i) Fraca divulgação dos Tratados ratificados pelo País incluindo dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) no nível nacional até ao nível de base; ii) Fraca apropriação nacional (ownership) da agenda dos ODS, porque muitos dos intervenientes dos governos acreditam que a agenda diz respeito apenas a ONU; iii) Fraca operacionalização dos indicadores e das metas dos ODS, e em particular na área do VIH e SIDA da Declaração Política de VIH e SIDA de 2016 pelos sectores do Governo.

Recomendações: i) Todos os Tratados ratificados pelo País devem ser divulgado em todo o território nacional ii) Garantir que uma apropriação nacional da Agenda 2030 com base na agenda local “moçambicanização dos processos” iii) No caso da Declaração Política de VIH e SIDA garantir que os sectores relevantes alinham as suas metas e indicadores, e desenvolvem mecanismos de monitoria que permitam reportar aos indicadores e metas globalmente concordados.

Quadro Nacional de Direitos Humanos e de VIH

Os tratados e compromissos internacionais ratificados pelo País passam sempre por uma domesticação.

Principais características do quadro nacional:

- O quadro institucional e jurídico nacional protege os direitos humanos e as liberdades fundamentais dos indivíduos através da Constituição da República de Moçambique. A materialização do princípio de que

a República de Moçambique baseia-se no respeito e garantia dos direitos fundamentais é garantida pela Carta dos Direitos Fundamentais da Constituição, previsto no Título III, sobre Direitos, Deveres e Liberdades Fundamentais.

- O país tem uma lei específica de VIH e SIDA aprovada em 2014: a Lei 19/2014 “*de protecção da pessoa, do trabalhador e do candidato a emprego vivendo com VIH e SIDA*”.
- O país dispõe de outra legislação geral sobre saúde sexual e reprodutiva, violência baseada no género e diversos crimes, que fortalece o ambiente jurídico de resposta ao VIH e SIDA.

Desafios associados à implementação da Lei 19/2014 “de protecção da pessoa, do trabalhador e do candidato a emprego vivendo com VIH e SIDA”: i) a falta de divulgação desta lei sobretudo ao nível da base; ii) o desconhecimento da lei pelos provedores de serviços; iii) o desconhecimento da lei por parte dos beneficiários e das organizações da sociedade civil que trabalham em prol da protecção dos grupos-alvo; iv) a falta de regulamentação da lei; v) desajuste e desactualização de algumas matérias; vi) incompatibilidades, desarticulação e desarmonia entre a legislação, planos e estratégias de saúde; vii) necessidades de realizar estudos e gerar informação através da pesquisa qualitativa que ajude a conhecer melhor o modo de vida das populações-chave e vulneráveis, e possam ser usados para melhorar as leis durante a revisão da legislação.

Principais Recomendações: i) divulgação da Lei 19/2014 de forma permanente e contínua, sobretudo ao nível da base onde se localizam os provedores de serviços; ii) capacitação dos provedores de serviço, sobretudo no concernente aos mecanismos de sua implementação e ao potencial de legislação para gerar benefícios; iii) promover a divulgação e a literacia legal desta lei para os beneficiários, as organizações da sociedade civil de defesa de PVVIH, populações-chave e outros grupos de vulneráveis de modo que conheçam os seus direitos mas também as suas obrigações iv) proceder urgentemente à regulamentação da Lei 19/2014 (embora a lei já disponha de muitos mecanismos práticos de implementação. Fica no entanto por decidir se, ela necessita de um regulamento que seja funcional para os vários sectores ou se deverão ser desenvolvidos vários regulamentos. A implementação desta Avaliação conseguiu demonstrar que os sectores da saúde, polícia, educação são os que passaram por desafios na implementação desta lei por ausência de regulamento. Questões como a idade legal de testagem em adolescentes e jovens, testagem consentida são alvo de debate constantes; v) revisão pontual da Lei 19/2014 com base nos conceitos fornecidos pela ONUSIDA e na realidade sociocultural do país; vi) alinhamento da Lei com as principais directrizes para a provisão de serviços básicos as populações chave. Tanto a legislação como as directrizes devem ser elaborados de forma a que ninguém fique para trás; e vii) implementação de estudos e pesquisas de forma permanente de modo a gerar evidências que contribuam para melhorar a legislação durante os processos de revisão.

A Discriminação no Quadro Legal Moçambicano e na Lei 19/2014

A Constituição da República de Moçambique proíbe toda e qualquer forma de estigma e discriminação contra indivíduos e de maneira particular contra indivíduos ou grupos vulneráveis.

- *A Lei de VIH e SIDA 19/2014 é considerada não discriminatória*, ou seja, foi feita para proteger toda os cidadãos, sem asserção de grupos específicos, contra o estigma e discriminação na família, na comunidade e na sociedade geral.
- No ambiente de trabalho, a lei proíbe todo o estigma e a prática de qualquer forma de discriminação contra as PVVIH como resultado de sua condição real ou percebida, incluindo a prática de discriminação e testagem coerciva contra indivíduos que buscam o primeiro emprego no sector público ou privado.

Desafios: i) Na Lei 19/2014, existe uma clara alusão a necessidade de proteger alguns grupos i.e, Crianças, Adolescentes, Mulheres, Pessoas Idosas, Toxicodependentes ou com Deficiências e as Pessoas Vivendo com VIH— em detrimento de outros. ii) Na lei, alguns grupos são descritos como populações vulneráveis à infecção e ao risco, e outros não, embora contribuam também para altos níveis de infecção. São eles as populações-chave, nomeadamente, os homens que fazem sexo que homens, as trabalhadoras de sexo e os transgéneros; iii) Com a implementação desta Avaliação foi verificada que alguma legislação ainda contém linguagem moralista por exemplo, a expressão “crimes contra a natura” que pode abrir espaço ao estigma e a discriminação.

Principais Recomendações: i) Assegurar que a legislação a ser revista na área de VIH e SIDA toma em consideração os recomendações desta LEA; ii) O país deve garantir uma capacitação contínua e permanente direccionada aos profissionais de justiça e saúde para melhorar o ambiente de direitos humanos onde operam; iii) A legislação nacional que deve ser produzida deve ter em vista a protecção e promoção dos direitos humanos e do acesso à prevenção e tratamento do VIH afastando-se claramente de linguagem moralista que possa abrir espaço à discriminação; iv) Os direitos e garantias individuais previstos na Constituição da República de Moçambique devem estar reflectidos em todos os instrumentos legais para garantir que os compromissos em prol dos direitos humanos e as garantias constitucionais sejam cumpridos; v) O país deve assegurar a divulgação da legislação de forma permanente, a literacia legal como forma de reduzir os níveis de auto-estigma, e estigma na sociedade contra as PVVIH, populações-chave e as pessoas vulneráveis em risco de infecção pelo VIH; vi) As organizações da sociedade civil, o Parlamento e os intervenientes no sector privado devem participar activamente na monitoria da legislação e no respeito pelos direitos humanos dos grupos vulneráveis para garantir que os compromissos ratificados internacionalmente na área de VIH e saúde sejam respeitados; nas consultas para a revisão e elaboração de legislação; e no fornecimento de serviços aos indivíduos, famílias e comunidades.

A Criminalização da Transmissão pelo VIH e SIDA, Exposição e Confidencialidade no Quadro Legal Moçambicano e na Lei 19/2014

- **Criminalização:** A Lei 19/2014 é considerada não criminalizante. Isto está em perfeito alinhamento com a Constituição da República de Moçambique e o quadro legal penal vigente no país. No concernente as seguintes populações chave a legislação penal estipula.
- **Mulheres trabalhadoras de sexo:** O trabalho de sexo e o sexo consentido entre pessoas adultas não são criminalizados, ou seja, não estão sujeitos a regulação punitiva. Todavia, existem alguns supostos de facto relacionados ao trabalho sexual que são criminalizados. Estes são: a penalização dos operadores de bordéis e dos clientes dos trabalhadores do sexo. Contudo, as trabalhadoras de sexo em si não são criminalizadas.
- **Homens que fazem sexo com outros Homens:** O quadro legal moçambicano protege todos os cidadãos, incluindo pessoas que fazem sexo com pessoas do mesmo sexo, contra toda e qualquer forma de violência. A legislação nacional é considerada não criminalizante, ou seja, não é especificamente punitiva. Embora a conduta sexual consensual entre indivíduos do mesmo sexo não é sancionada em termos penais, não se pode dizer que esta conduta seja aprovada.
- Adicionalmente, não existe regulação específica para este grupo-alvo.
- O mesmo tipo de legislação se aplica ao grupo alvo de pessoas transgénero.
- **Pessoas usuárias de droga:** A posse de droga para consumo pessoal e o uso de droga são consideradas ofensas criminais segundo a Lei 3/97, de 13 de Setembro: a Lei sobre Tráfico e Consumo de Drogas. Todavia, este crime não é punível com a pena de morte.
- **Transmissão intencional, não declaração do serostatus, e a exposição a transmissão pelo VIH:** A Lei 19/2014 criminaliza a transmissão não intencional do VIH só nos supostos em que por qualquer meio, sendo agente de

saúde ou não, se transmita dolosamente, em massa, o vírus VIH. A pena estabelecida no Artigo 60 da Lei é de oito a doze anos de prisão maior. A não declaração do serostatus, e a exposição ao VIH não são criminalizadas.

- **Consentimento para testagem:** A Lei 19/2014 possui um dispositivo que exige o consentimento parental para a testagem de adolescentes menores de 14 anos de idade. Todavia, o plasmado na lei encontra-se totalmente desalinhado com as medidas práticas de prevenção ao VIH promovidas pelo sector da saúde nos programas de dos serviços de saúde sexual e reprodutiva nas escolas. Os adolescentes e jovens com idades iguais ou inferiores à idade de consentimento podem ter acesso autónomo aos serviços de SSR dentro das SAAJ's nas escolas. Isto coloca em claro conflito a prática com a legislação. Existe, portanto, a necessidade de uma clara introspecção do país sobre a revisão da Lei 19/2014 para garantir que a idade para o acesso autónomo aos serviços de saúde sexual e reprodutiva se torne compatível à idade de consentimento para testagem e tratamento. Uma das razões para uma séria reflexão nesta área, é o facto do no País se verificarem índices elevados de seroprevalência em adolescentes e populações jovens, tendo as relações

sexuais como o principal veículo de transmissão.

- **Legislação de testagem para efeitos de viagem dentro ou fora do país:** O país não possui nenhuma legislação restritiva de movimentos com base em serostatus. O País não possui igualmente nenhuma legislação para testagem coerciva em casos de entrada, saída ou permanência no país de estrangeiros com base na situação real ou percebida de VIH e SIDA dos indivíduos.
- **Testagem coerciva:** Na Lei 19/2014 existe uma clara provisão de direitos humanos onde os profissionais de saúde devem colocar toda a ênfase no aconselhamento e na testagem voluntária e consentida pelos grupos vulneráveis, incluindo nos casos das mulheres grávidas. No país, toda a forma de testagem coerciva e sem consentimento das pessoas nas unidades sanitárias, nos locais de trabalho, ou em qualquer outro lugar é proibida por lei.
- **Confidencialidade:** Na Lei 19/2014 existe uma clara provisão de direitos humanos onde os profissionais de saúde devem guardar sigilo médico dos resultados dos testes independente-mente do serostatus do indivíduo testado. A necessidade de sigilo é ainda reforçada em políticas sectoriais através do código de conduta e ética médica.

Desafios: i) Prevalece em termos práticos que alguns profissionais de saúde não obedecem ao plasmado na legislação no tocante ao consentimento e tendem a implementar testagem coerciva nos grupos-alvo, com particular incidência nas mulheres grávidas nas unidades sanitárias; ii) Prevalecem relatos e queixas de não observância do sigilo e de confidencialidade pelos profissionais de saúde, o que dá lugar a situações de estigma e discriminação; iii) A Avaliação documentou ainda relatos de perseguição policial e extorsões às populações-chave com particular incidência para as trabalhadoras de sexo e usurários de droga por parte dos agentes implementadores da lei; iv) Fraca colaboração entre os sistema de justiça e de saúde na área de medicina legal, o que impacta negativamente no acesso a justiça para os beneficiários. Nos casos em que se verifica a contaminação dolosa esta fraqueza pode abrir espaço para a impunidade do infractor pela dificuldade de se adicionar elementos de prova; v) No sector privado prevalecem incidentes de despedimento com base no status seropositivo percebido pelo empregador; vi) Algumas entidades bancárias ou sectores privados de baixa supervisão continuam a promover despedimentos com base na situação percebida bem como a requisitar testagem coerciva com base nos seguros de vida.

Recomendações: i) Sendo que o país está alinhado com as recomendações da ONUSIDA e da Comissão Global de VIH e o Direito, a legislação a ser desenvolvida não deve ser criminalizante. No caso de prevalecerem aspectos criminalizantes na actual lei de VIH 19/2014 ou em outras leis do ordenamento jurídico nacional deve haver um esforço para sua revisão e revogação. Isto porque já se mostrou comprovado que a excessiva criminalização nas leis de VIH e SIDA é contraproducente para a testagem, tratamento e cuidados porque afasta os grupos vulneráveis dos serviços de saúde; ii) Os casos de contaminação dolosa devem também ser tratados com muita prudência e serem baseados em evidências. As autoridades responsáveis pela aplicação da lei não devem processar pessoas em casos de não-divulgação ou exposição ao VIH caso fique provado que a transmissão do VIH não aconteceu de forma maliciosa ou intencional. Nos casos em que a transmissão do VIH tenha sido real e intencional, o país pode e deve legitimamente processar o agressor, usando o direito penal geral. Todavia, em tais processos devem ser prosseguidos com cuidado e exigidos elevados padrões de evidência e prova; iii) Criminalização de atos sexuais entre pessoas do mesmo sexo, o país deve evitar aprovar legislação que criminaliza actividades sexuais consensuais em casos de adultos envolvidos no ato; iv) Transmissão do VIH de mãe para filho, o recurso ao aconselhamento, testagem e divulgação de informação deve ser posto em prática, evitando desta forma que se criminalize explicitamente a transmissão vertical do VIH de mãe para filhos em contextos que ocorreram muitas vezes resultante da falta de acesso a serviços de saúde.

Populações-Chave e Populações-Chave Jovens: Homens que fazem sexo com homens (HSH), Trabalhadores de Sexo, Pessoas que usam Drogas, Pessoas Transgénero e Reclusos

As populações-chave (Homens que fazem sexo com homens (HSH), Trabalhadoras de Sexo, Pessoas que usam Drogas, Pessoas Transgénero e Reclusos) são grupos extremamente diversificados (CNCS. PEN IV 2015-2020). As populações chave têm em comum taxas muito mais elevadas de VIH e Infecções de Transmissão Sexual do que os outros grupos e enfrentam situações graves de estigma e discriminação. Nalguns casos de acordo com pesquisas feitas, também marginalização social e económica e violações

frequentes de direitos humanos. Por tudo, estes grupos, não podem ser deixados para trás na resposta ao VIH e para a melhoria dos resultados da saúde sexual e reprodutiva,

Os jovens que fazem parte dessas categorias hoje designados populações-chave jovens são um subconjunto negligenciado do grupo por serem jovens. Assim acabam por enfrentar barreiras legais e políticas adicionais para o acesso aos serviços de VIH e saúde sexual e reprodutiva apenas porque são adolescentes ou jovens. É raro ver as suas necessidades específicas, direitos e questões de saúde sexual e reprodutiva incluídas nas estratégias nacionais ou nos esforços de defesa da sociedade civil.

Em 15 países da África Subsaariana, os jovens de 10 a 24 anos constituem um quarto da população mundial e, 50% tem menos de 18 anos (FNUAP 2014). Os jovens estão entre os mais afectados pela epidemia global do VIH. Em 2013, 4,96 milhões de pessoas com idades entre os 10 e os 24 anos viviam com o VIH, sendo que os jovens de 15 a 24 anos representam 35% das infecções novas no mundo. Embora haja menos dados dos jovens

de populações-chave, há evidências de que eles estão igualmente ou quicá mais em risco de infecção pelo VIH por serem adolescentes e jovens com baixo acesso a informação e com fraca capacidade de negociação de sexo seguro, etc.

Em Moçambique, os direitos humanos das populações-chave são protegidos e promovidos, de acordo com a Constituição da República de Moçambique que proíbe qualquer forma de discriminação. Segundo a *Avaliação do Ambiente Legal de VIH e SIDA*, algumas oportunidades em curso no país na assistência deste grupos-alvo são:

- O país através do Instituto Nacional de Saúde tem estado a implementar uma série de pesquisas e estudos qualitativos para conhecer melhor estes grupos e desenhar melhores formas de assistência (IBBS). Todavia, ainda prevalecem muitos desafios e pouca informação sobre populações-chave de idade jovem. Alguma complexidade para aceder a esta informação está relacionada com o próprio debate sobre a sexualidade, incluindo a orientação sexual do adolescente, que de acordo com normas sociais e culturais não ocorre abertamente antes abaixo dos 18 anos.
- O país possui uma *"directriz de assistência às populações-chave"* desenvolvida pelo sector de saúde—que permite o seu acesso aos serviços de saúde—que permite o seu acesso aos serviços de saúde. A estratégia está alinhada com as directrizes da SADC de assistência as populações-chave. Com base nesta, capacitações têm sido implementadas para provedores de serviços de saúde visando reduzir o estigma e discriminação nas unidades sanitárias.
- O Conselho Nacional de Combate ao SIDA está a preparar uma *"directriz de assistência às populações-chave ao nível comunitário que vai permitir assistência as populações-chaves nas famílias e comunidades.*
- O acesso aos serviços de justiça é disponibilizado a todos os cidadãos, incluindo às populações-chave. Instituições específicas da justiça como o IPAJ fornecem assistência jurídica gratuita para os grupos mais vulneráveis.

- O país condena e desencoraja toda a perseguição policial e a extorsão das populações-chave pelos agentes implementadores da lei.
- O país promove um clima de convivência baseada na tolerância e convivência pacífica com todos os grupos independentemente da sua orientação sexual, ou religiosa.
- As normas sociais e culturais de um País desempenham um papel importante na coesão social, assim as as populações-chave são requeridas a obedecer e respeitar as leis civis ea moral.
- Igualmente, pede-se aos indivíduos e às confissões religiosas o respeito pela privacidade, e pelas garantias às vidas privadas das populações-chave.

Desafios enfrentados pelas populações-chave:

Homens que fazem Sexo com Homens

- A lei 19/2014 não faz qualquer alusão a este grupo alvo. Todavia, para efeitos de provisão de serviços de saúde, o país reconhece que existem homens que fazem sexo com homens e que por esta causa são vulneráveis a infecção pelo VIH e SIDA (PEN IV). Uma directriz de assistência as populações chave foi desenvolvida para reduzir barreiras no acesso aos serviços por este grupo. Homens que fazem sexo com homens enfrentam estigma e discriminação quando frequentam unidades sanitárias apesar das oportunidades trazidas pela implementação da directriz de assistência as populações-chave. Ela ocorre como resultado de valores morais e praticas sociais, culturais e religiosas nos indivíduos provedores de serviços de saúde. Atitudes discriminatórias destes têm contribuindo para afastar este grupo das Unidades sanitárias e dos serviços de prevenção e tratamento incluindo os serviços de saúde sexual e reprodutiva.
- Apesar da implementação de pesquisas e estudos sobre este grupo alvo, existe ainda necessidade de documentar aspectos associados a actividade sexual entre adultos do mesmo sexo que ajudem a uma melhor planificação e assistência médica.

Mulheres Trabalhadoras de Sexo

- A lei 19/2014 não faz qualquer alusão a este grupo alvo. Todavia, para efeitos de provisão de serviços de saúde, o país reconhece que existem mulheres trabalhadoras de sexo e que por esta causa são vulneráveis a infecção pelo VIH e SIDA (PEN IV). Uma directriz de assistência às populações chave foi desenvolvida para reduzir barreiras no acesso aos serviços por este grupo.
- Mulheres trabalhadoras de sexo enfrentam estigma e discriminação quando frequentam unidades sanitárias apesar das oportunidades trazidas pela implementação da directriz de assistência às populações-chave e de diversas iniciativas de assistência a este grupo. Ser trabalhadora de sexo e ser PVVIH pode ser igualmente afectada por duplo estigma.
- Apesar da implementação de pesquisas e estudos sobre este grupo alvo, existe ainda necessidade de documentar muitos aspectos associados à sua atividade, num país em que a idade sexual ativa tende a ser em idade precoce (10-12 anos) e novos “pontos quentes” tendem a surgir como resultado de novas zonas económicas.
- O país não possui legislação punitiva directa sobre os trabalhadores de sexo mas em relação ao trabalho sexual.
- O país possui legislação antitráfico cuidadosamente direccionada para punir aqueles que utilizam a força, desonestidade ou coacção para recrutar mulheres jovens para sexo comercial em regime de exploração, tráfico, escravidão ou que abusam de trabalhadores sexuais migrantes através de chantagem, dívidas, escravidão, violência ou por privação de liberdade.
- Adolescentes e raparigas jovens trabalhadoras de sexo enfrentam estigma e discriminação que as afasta dos serviços de prevenção e tratamento, incluindo dos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

Pessoas Transgénero

- As disposições e considerações feitas aos Homens que fazem sexo com outros homens são aplicáveis às Pessoas transgénero.

- O país não possui legislação punitiva directa sobre as pessoas transgénero e a identidade transgénero. Também não existe legislação punitiva para o *cross-dressing*.

População Reclusa

- O país reconhece a população reclusa como vulnerável à infecção pelo VIH e SIDA no PEN IV. Igualmente, a Lei 19/2014 dá reconhecimento legal a este grupo.
- O país tem implementado estudos e pesquisas para melhor conhecer as características deste grupo-alvo (IBBS) e estudos de base específicos para conhecer a situação de VIH, tuberculose e infecções de transmissão sexual nas penitenciárias.
- Numa perspectiva de direitos humanos, os cuidados de saúde necessários estão disponíveis nas penitenciárias, incluindo serviços de prevenção e cuidados de VIH. A sobrelotação das cadeias tem sido apontada como o maior desafio à implementação de melhores cuidados e serviços.

Pessoas que Injectam Drogas

- O país reconhece as pessoas que injectam drogas como vulneráveis a infecção pelo VIH e SIDA (PEN IV). Igualmente, a Lei 19/2014 dá reconhecimento legal a este grupo.
- O país tem implementado estudos e pesquisas para melhor conhecer as características deste grupo-alvo (IBBS) e estudos de base específicos para conhecer a situação de VIH, tuberculose e infecções de transmissão sexual neste grupo-alvo.
- O país possui uma abordagem de trabalho com este grupo-alvo, e está em curso o desenvolvimento de um *Plano Nacional de Acção de Redução de Danos* que visa reformar a abordagem do país em relação ao consumo de drogas. Este plano permitirá que pessoas que usam drogas tenham um melhor acesso aos serviços de saúde, incluindo de VIH.
- Existem relatos de estigma e discriminação nas unidades sanitárias contra este grupo-alvo.
- No país estão em curso debates atinentes à revisão legal da legislação que penaliza o consumo de drogas. O principal objectivo

será de descriminalizar a posse de drogas para uso pessoal, em reconhecimento de que o impacto de tais sanções é frequentemente prejudicial para a saúde pública e para a prevenção do VIH em particular.

- No país, estão em curso iniciativas piloto de provisão de serviços aos utilizadores de drogas, subsidiando a troca de agulhas e seringas num programa para inibir que as pessoas que usam drogas se infectem pelo VIH.

Desafios: i) A perseguição policial e a extorsão a que estão sujeitas as populações-chave; ii) O estigma e a discriminação a que estão sujeitas as populações-chave; iii) O reconhecimento que estes grupos contribuem para a infecção pelo VIH iria permitir-lhes assistência dos serviços de saúde. Todavia prevalece o não reconhecimento legal de algumas categorias de populações-chave na Lei 19/2014 que trata de VIH e SIDA, daí advêm barreiras regulamentares ou administrativas para o seu tratamento legal no campo jurídico (quase uma situação de não reconhecimento da sua existência como pessoa jurídica); iv) Nalguns cenários, este desafio relaciona-se com o outro que dificulta que se possam constituir como organizações reconhecidas legalmente, embora outra corrente tenha também apontado que a coexistência entre as leis e garantias civis e o radicalismo religioso seja a razão real que impede o direito à legalização das organizações de algumas populações-chave; v) As pessoas transgénero ainda estão longe de terem a sua identidade adquirida alinhada com os seus documentos de identificação, bem como o país não fornece ainda serviços médicos de esterilização, terapia hormonal e cirurgia de reatribuição de sexo; vi) O país tem em curso programas de prevenção e cuidados nas unidades penitenciárias, embora passem por sérios desafios no fornecimento de serviços e algumas modalidades de prevenção como aqueles que incluem a prestação de preservativos vii) Prevalecem desafios para a domesticação de medidas e dos padrões internacionais de qualidade dos cuidados em contextos de detenção; viii) Programas de redução de danos para o consumo de drogas são recentes, e seus impactos positivos ainda precisam de ser documentados e baseados em evidências, para uma maior abrangência e replicação destes programas de toxicodependência.

Recomendações: i) Desencorajar toda a perseguição policial e a extorsão às populações-chave; ii) Fortalecer a capacitação dos profissionais de saúde e justiça para reduzir as violações dos direitos humanos nas unidades sanitárias; iii) Na revisão e produção de legislação, evitar expressões e termos que remetem à “moralidade pública” por não serem eficazes juridicamente; iv) Rever a legislação penal para estar em consistência com as recomendações internacionais sobre VIH e SIDA nas prisões; v) Adotar uma política nacional sobre VIH e SIDA nas prisões; vi) Adotar medidas alternativas à prisão e introduzir medidas sensíveis à saúde pública nos estabelecimentos prisionais que considerem o congestionamento das prisões resultando na colocação dos presos em risco de infecção ou contaminação de doenças; iv) Regularizar a educação e o acesso a informações relacionadas ao VIH e SIDA nas prisões para garantir que as pessoas reclusas tenham acesso a meios de prevenção; v) Fortalecer a implementação da legislação sobre tráfico em pessoas, especialmente mulheres e raparigas trabalhadoras de sexo; vi) Garantir a implementação do Plano Nacional para a redução de Danos pelos diferentes sectores com responsabilidades; vii) Documentar os impactos dos programas de redução de danos, permitindo a expansão das abordagens relacionadas com o consumo de drogas, o VIH e a disponibilização de agulhas e seringas para prevenir a transmissão e infecção por via da partilhar destes instrumentos; viii) Aumentar o envolvimento dos sectores de saúde, justiça e polícia no debate sobre o quadro jurídico do combate e consumo de estupefacientes e sua descriminalização.

Outros Grupos Vulneráveis: Crianças, Adolescentes, Raparigas e Mulheres Jovens

Raparigas e Mulheres Jovens

Moçambique assegura que os direitos humanos das mulheres são protegidos e promovidos de acordo com a Convenção sobre o Estatuto da Mulher. O país tem sido elogiado como um exemplo da redução do desequilíbrio de género nos níveis político, legislativo e de governação em África. Todavia, em outras áreas, o país possui um dos mais elevados níveis de violência baseada no género, o que compromete os seus ganhos noutras áreas.

De acordo com uma pesquisa nacional realizada em 2011, 37,2% das mulheres entre 15 e 49 anos sofreram algum tipo de violência (física ou sexual), com uma maior incidência em mulheres mais velhas (idades de 20 a 49 anos).¹⁷ Desse total de mulheres que relataram ter sofrido abuso físico ou sexual, apenas 1,8% reportou o facto à polícia, 40,4% reportaram-no a familiares e 9,3% recorreram a outros mecanismos (com 50% que nunca relatou seus casos a ninguém). Das mulheres, 3,8% relatou ter sofrido violência sexual, com raparigas e mulheres jovens de 15 a 24 anos desproporcionalmente afectadas. Adicionalmente, existe uma correlação entre a violência sexual e a contaminação pelo VIH e SIDA.

Algumas oportunidades para a protecção das raparigas, jovens e mulheres são:

- Com base nos diversos tratados e protocolos assinados sobre saúde sexual e reprodutiva de mulheres jovens no país, as mulheres casadas não precisam de consentimento do parceiro ou esposo para acederem aos serviços de saúde sexual e reprodutiva.

- A Lei 19/2014 proíbe toda a testagem coerciva da mulher grávida incluindo para efeitos de matrimónio, ou obtenção de emprego, toda a testagem é proibida.
- O País, possui legislação que protege as raparigas e mulheres jovens e proíbe toda a forma de violência de género contra meninas, raparigas e mulheres jovens, incluindo a violação, a violência doméstica e outras formas de agressão sexual, incluindo a violação conjugal segundo a Lei 29/2009, de 29 de Setembro.
- O país, possui legislação complementar penal que processa e pune os promotores e perpetradores de crimes de violência contra mulheres que se consubstancie em morte. Adicionalmente, a legislação penal permite reforçar o disposto na Lei 19/2014 que protege meninas e raparigas nos casos em que a violação sexual tenha agravante de transmissão intencional ou dolosa pelo VIH e SIDA comprovada.
- O país possui um Mecanismo Nacional Multisectorial de resposta a violência baseada no género, inclusive um plano de acção com orçamento e doadores próprios.
- Em resposta à resolução da ONU 1325, o país reforçou as suas acções nessa área visando pôr fim a todas as formas de violência contra mulheres e raparigas, incluindo em situações de emergência, conflito militar e pós-conflito através de um Plano Nacional de Acção de “Mulher, Paz e Segurança”.

17 A pesquisa cobriu uma amostra de 2.545 mulheres com idades entre 15 e 49 anos. Coletânea Nacional de Estatísticas de Género, Ministério do Género, Crianças e Acção Social. Maputo 2016. Tabela 242, p. 111-112.

Desafios: i) Embora na Lei 19/2014 esteja clara a necessidade dos profissionais de saúde de implementarem a testagem apenas com base no consentimento informado e praticarem a confidencialidade e a não-discriminação, isto está longe de ser uma realidade; ii) Nos casos de violência doméstica, a implementação da lei e a tomada de medidas judiciais ou legislativas nos casos de acusação por violência tendem a ser desafiadas pela imunidade dos estratos mais altos da sociedade; iii) A aplicação plena das leis destinadas a proteger mulheres e raparigas da violência, incluindo em casos de contaminação pelo VIH e SIDA, é de pouca eficácia quando o agressor é um parceiro, casado com a vítima ou membro da família; iv) As deficiências na implementação do mecanismo multisectorial para eliminar a violência contra as mulheres e meninas pelos quatro sectores relevantes (saúde, polícia, justiça e acção social) incluem fraquezas para prevenir, investigar e punir a violência e impedem a reintegração social e económica das vítimas; v) A deficiente prestação de serviços de saúde constrange a profilaxia pós-exposição, os serviços jurídicos e a protecção social das sobreviventes da violência; vi) Existem estigma, discriminação e abuso verbal de mulheres vivendo com VIH e SIDA nas unidades sanitárias tanto que elas coagem-nas ou forçam-nas a ter um aborto ou estar esterilizadas e sujeitam as mulheres e raparigas a outras formas de violência; vii) O deficiente acesso a informação e as barreiras legais impedem o acesso das raparigas e mulheres jovens—incluindo trabalhadoras de sexo—a serviços de saúde sexual e reprodutiva; viii) Certas normas e práticas socioculturais, influenciadas ou determinadas por sistemas tradicionais ou jurídicos religiosos, perpetuam a discriminação de género após a separação, o divórcio ou a morte em matérias de propriedade, herança ou práticas patrimoniais em contraposição ao direito positivo; ix) A fraca implementação dos programas de protecção social prejudica a resposta às necessidades das mulheres seropositivas; x) A legislação sobre as uniões prematuras não está robusta e a promulgação e aplicação das leis até o nível de base ainda é deficiente; xi) No nível de base, as práticas socioculturais e religiosas da “limpeza de viúvas” e da “mutilação genital feminina” expõem meninas, raparigas e mulheres jovens à vulnerabilidade e ao risco de contaminação pelo VIH.

Recomendações: i) Apoiar planos, estratégias e intervenções conjuntas entre a saúde e a justiça para oferecer mecanismos robustos de pesquisa e rastreio que permitem punir os perpetradores de violência contra mulheres e meninas (profilaxia pré- e pós-exposição) protecção aos sobreviventes e as vítimas, etc.); ii) Divulgar a legislação sobre os casamentos precoces recentemente aprovada e que contribua para estancar a gravidez precoce na adolescência, os problemas de saúde da mulher como a fístula, e outros danos sociais; iii) Massificar o conhecimento e o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual reprodutiva com base nos protocolos assinados; iv) Fortalecer a implementação do compromisso ministerial de 2013 em Moçambique sobre a educação sexual abrangente e os direitos da saúde sexual reprodutiva contribuindo para fortalecer a prevenção, reduzir novas infecções de VIH e empoderar a mulher jovem e a rapariga adolescente; v) Aplicar bem as leis que protegem as mulheres e raparigas da violência incluindo em casos de contaminação pelo VIH e SIDA, eliminando qualquer imunidade ou imunidade interpretada; vi) Reforçar a eficácia da implementação da lei quando o agressor é um membro da família; vii) Fortalecer a implementação articulada do mecanismo para eliminar a violência contra as mulheres e meninas, que incluem medidas robustas para prevenir, investigar e punir a violência; viii) Assegurar que medidas de protecção social respondam às necessidades das mulheres seropositivas; xi) Garantir que os profissionais de saúde forneçam às mulheres informações completas sobre as opções sexuais e reprodutivas e assegurem que elas podem fornecer consentimento informado em todas as questões relacionadas com a sua saúde; x) Garantir que o direito positivo e as leis de propriedade e herança se sobrepõem às normas e práticas socioculturais permitindo que as mulheres tenham acesso igual aos homens à propriedade e aos outros recursos económicos, incluindo o crédito; xi) Garantir que os esquemas de protecção social beneficiem as mulheres vivendo com VIH, incluindo viúvas e órfãos.

Crianças e Adolescentes

Moçambique assegura que os direitos da criança são protegidos e promovidos de acordo com a *Convenção sobre os Direitos da Criança*.

- O estatuto da criança é salvaguardado em matérias de observância dos direitos humanos por diversos instrumentos ratificados internacionalmente e ao nível nacional domesticados.
- No país existe legislação de protecção à criança nos sectores de saúde e justiça no concernente ao registo de nascimento das crianças na unidade sanitária garantido, que é um dos direitos humanos fundamentais: o direito a identidade e a um nome plasmado na Convenção sobre os Direitos da Criança e na Constituição da República de Moçambique.
- O país possui legislação que regula a tutela de crianças órfãs. Isto inclui disposições para a transferência da tutela dos órfãos de pais falecidos, incluído pelo VIH e SIDA, a adultos ou irmãos mais velhos que possam garantir o seu bem-estar. A integração familiar na família biológica ou estendida é sempre o mecanismo preferencial; reservado o acolhimento com recurso à institucionalização como alternativa última.
- O país tem planos e programas de protecção à criança que permitem a sua sobrevivência em situação de pobreza absoluta. Existe ainda o documento legal designado o “atestado de pobreza” que permite o acesso aos serviços sociais básicos num quadro de resposta aos direitos humanos e padrões mínimos de sobrevivência.
- O país é signatário de diversos tratados de saúde sexual e reprodutiva que garantem o direito de todas as crianças, dentro ou fora da escola, a informações sobre saúde sexual e reprodutiva para a sua protecção, para que se possa proteger a si mesmo e aos outros contra a infecção pelo VIH ou viver positivamente com o VIH.

Desafios: i) O próprio estatuto legal da criança impede-a de conhecer os seus direitos legais; ii) A falta de documentos legais de registo de nascimento da criança coloca-a, muitas vezes, em dificuldades para beneficiar da lei. Embora exista uma parceria forte legislada e estabelecida entre os sectores de saúde e justiça no concernente à possibilidade de se proceder ao registo de nascimento das crianças nas maternidades logo após o seu nascimento, certas práticas socioculturais têm contribuído para o fracasso da lei; iii) A implementação da legislação e dos programas de protecção social da criança é fraca no nível de base; e o documento legal, o “atestado de pobreza”, é difícil de se obter ao nível de base; iv) Prevalencem práticas socioculturais que põem em risco a protecção da criança e dos adolescentes, sobretudo os do sexo feminino, por exemplo, nas “uniões prematuras” que põem em causa o cumprimento do direito internacional; v) A ausência de um regulamento da Lei 19/2014 contribui para perpetuar contradições com relação aos requisitos estabelecidos na lei quanto à idade mínima de consentimento para testagem e ao que os serviços de saúde sexual e reprodutiva devem fazer, sobretudo ao nível das escolas.

Recomendações: i) Para o fortalecimento dos mecanismos de protecção, promulgar e divulgar os direitos e deveres da criança em particular em situações de orfandade; ii) Sensibilizar às famílias para procederem ao registo das crianças no acto do seu nascimento ou oportunamente usar a janela de gratuidade para beneficiarem da lei. Isto é crucial para apoiar o acesso das crianças a serviços essenciais; iii) Sensibilizar às autoridades locais e os líderes religiosos nos casos em que o direito formal não é compatível com o consuetudinário e as normas tradicionais discriminatórias para garantir justiça aos órfãos, sobretudo no casos de herança e propriedades; iv) Divulgar e implementar a legislação que permite o acesso das crianças à documentação básica tal como o registo de nascimento e o bilhete de identidade que facilitam o seu acesso aos serviços essenciais básicos e, nos casos que tenham perdido os seus pais como resultado do VIH e SIDA ou outra morte, assegurar que seus direitos de herança, tutoria e famílias substitutas sejam protegidos; v) Combater toda e qualquer forma de estigma e discriminação contra crianças tornadas órfãs pelo VIH e SIDA nas escolas, famílias e comunidades; vi) Com base na actual política e nos programas de prevenção do sector de saúde e juventude e desportos, garantir que os jovens sexualmente activos tenham acesso confidencial e independente aos serviços de saúde sexual e reprodutiva para se protegerem do VIH e SIDA; vii) Desenvolver um regulamento específico da Lei 19/2014 para o sector de saúde que permita fortalecer e fazer avançar os esforços de prevenção, testagem, tratamento, o consentimento informado e o acesso a serviços amigos dos adolescentes e jovens.

Legislação de Propriedade Intelectual e Acesso Global ao Tratamento

O acesso universal ao tratamento no país para as PVVIH assenta nos princípios básicos de direitos humanos tal como definidos pela Organização Mundial de Saúde sobre o direito à saúde para todos.

A plataforma de diálogo entre os principais organismos técnicos e intervenientes desta área inclui representantes do governo, do sector privado (produtos farmacêuticos essenciais) e da sociedade civil, pessoas

que vivem com VIH e os parceiros de desenvolvimento, por exemplo, as agências das Nações Unidas. Dentre as principais oportunidades identificadas destacam-se:

- A legislação nacional garante o acesso ao tratamento para todos PVVIH, livre de qualquer pagamento incluindo para as populações-chave.
- Muito recentemente como resultado dos compromissos internacionais assumidos pelo país através das directrizes da OMS e da ONUSIDA, nomeadamente, “Testar e Tratar” e “90-90-90”, o acesso ao primeiro tratamento para PVVIH tornou-se mais célere.
- Sendo de baixa renda, Moçambique recebe uma forte assistência nessa área de doadores como a USAID, PEPFAR e o Fundo Global para VIH, Tuberculose e Malária.

Desafios: i) O orçamento nacional do Estado para o sector de saúde é baixo ii) A divulgação da legislação e dos protocolos de tratamento até ao nível de base ainda precisa ser melhorada para as informações cheguem a todos que dela precisam; iii) Moçambique é um Estado membro da African Region of Intellectual Property (ARIPO), mas pouco uso faz deste mecanismo regional para a área de saúde. É necessário fortalecer a legislação, o diálogo e advocacia com os representantes do sector privado para o acesso a produtos farmacêuticos essenciais num país de baixo rendimento como é o caso de Moçambique.

Recomendações: i) Reforçar a dotação do orçamento nacional do Estado para o sector de saúde e, dentro do sector de saúde, para o tratamento de VIH e SIDA; ii) Fortalecer a literacia médica ligada ao tratamento, divulgando a legislação e os protocolos de tratamento até ao nível de base para os grupos que precisam de informações incluindo PVVIH e populações chave; iii) Fortalecer a plataforma de diálogo que permita implementar as flexibilidades de TRIPS, tirando proveito das flexibilidades oferecidas para países pobres e contribuindo para aumentar o acesso ao tratamento de todos e fazer cumprir o Direito Universal a Saúde; iv) Com base no uso das flexibilidades do TRIPS, aumentar o número de crianças, adolescentes e mulheres portadores de VIH com acesso ao tratamento; v) Fortalecer um grupo de trabalho permanente que inclua os principais actores do governo (MISAU, MIC, IPI), do sector privado e das Nações Unidas nesta temática (OMS, PNUD, ONUSIDA, Alto Comissariado de Direitos Humanos); vi) Como Estado membro da ARIPO, Moçambique deve passar a fazer uso mais eficaz deste mecanismo regional para a área de saúde.

Serviços de Saúde e Serviços de Justiça

- O país possui directrizes, políticas e estratégias que permitem a provisão de serviços de saúde às PVVIH, às populações-chave e às populações vulneráveis. Todos

estes instrumentos nacionais permitem a assistência sem deixar ninguém para trás e foram elaborados em estreito alinhamento com as recomendações e as directrizes da SADC, da UA e da ONU. Adicionalmente, para o reforço do ambiente de direitos humanos na saúde, existe a ética médica e a humanização dos serviços de saúde, Carta dos Deveres e Direitos dos Utentes.

Desafios para a implementação dos planos e estratégias e para a provisão de serviços de saúde aos grupos-alvo: i) A disseminação das ferramentas elaboradas ao nível nacional e, sobretudo, ao nível local é fraca; ii) No caso das directrizes para a assistência às populações-chave, existem poucos provedores de serviço treinados; iii) Nalguns casos, existe uma fraca observância do consentimento informado no acto da testagem; iv) A observância da confidencialidade do serostatus das pessoas que buscam os serviços pelos profissionais de saúde é fraca; v) Prevalencem situações de estigma e tratamento discriminatório contra os PVVIH e as populações-chave; vi) A aplicação de medidas disciplinares aos profissionais de saúde para desencorajar práticas anti-discriminatórias contra os utentes dos serviços tem sido fraca nos casos em que se verificaram violações de direitos; vii) Existe nalguns casos um mau atendimento e exigências de brindes e estímulos (subornos) entre outras práticas negativas dos profissionais de saúde que contribuem para afastar os grupos-alvo das unidades sanitárias e dos serviços de saúde.

Recomendações: i) Fortalecer a disseminação das ferramentas elaboradas ao nível nacional e sobretudo ao nível local; ii) No caso das directrizes para a assistência às populações-chave, aumentar o número dos provedores de serviço formados; iii) Reforçar a prática do consentimento informado antes da testagem; iv) Garantir a confidencialidade do serostatus das pessoas que buscam os serviços pelos profissionais de saúde; v) Para desencorajar práticas anti-discriminatórias contra os utentes dos serviços, aplicar medidas disciplinares aos profissionais de saúde nos casos em que se verificaram violações de direitos humanos; vi) Desencorajar o mau atendimento, as exigências de brindes e estímulos (subornos) entre outras práticas negativas dos profissionais de saúde que contribuem para afastar os grupos-alvo das unidades sanitárias e dos serviços de saúde.

- No combate a epidemia do VIH e SIDA, os agentes fazedores da lei e os agentes implementadores da lei desempenham um papel muito importante, do qual fazem parte de um número de profissionais que incluem oficiais da Justiça, juízes, magistrados, procuradores, advogados, polícias e parlamentares. Será necessário sensibilizá-los, informá-los e capacitá-los com profundos conhecimentos para uma maior intervenção dos profissionais desta área. Isto constituiria um grande contributo para aumentar o acesso à justiça legal relacionada ao VIH pelos grupos vulneráveis e produziria impactos tremendos na componente de VIH e direitos humanos.
- A ONUSIDA concebeu a **Directriz Sete Programas-Chave de VIH e Direitos Humanos**, bem como o respectivo quadro de monitoria e avaliação. Esta ferramenta permite articular as principais intervenções a serem implementadas pelos intervenientes do campo da justiça para remover as barreiras relacionadas com os direitos humanos no combate ao VIH e SIDA e tuberculose.
- Estes programas não só apoiam a realização dos direitos humanos básicos e acesso à justiça no contexto do VIH, mas também são determinantes críticos para o êxito da prevenção básica do VIH e dos programas de tratamento. Segundo as prioridades face à epidemia, tais programas devem beneficiar as pessoas vivendo com VIH ou vulneráveis a infecção e podem ser associados às populações específicas, por ex., mulheres, jovens, migrantes, refugiados, pessoas transgénero, pessoas vivendo com o VIH, homens que fazem sexo com homens e pessoas que usam drogas.

Os principais programas são:

1. **Os programas que permitem reduzir o estigma e a discriminação** contra pessoas vivendo com o VIH ou pessoas em risco de infecção e que devem abordar as causas accionáveis do estigma e discriminação e capacitar as pessoas vivendo com ou vulneráveis ao VIH.
2. **Os serviços jurídicos relacionados com o VIH** que facilitam o acesso à justiça e a compensação nos casos de discriminação relacionados com o VIH ou outros assuntos legais.
3. **Monitoria e revisão da legislação de VIH e tuberculose (leis, políticas, regulamentos)** que podem influenciar negativa ou positivamente uma epidemia nacional de VIH, assim como a vida e os direitos humanos das pessoas que vivem com ou estão afectadas pelo VIH.
4. **Literacia legal**, ensinar as pessoas vivendo com ou afectadas pelo VIH, acerca dos direitos humanos e das leis nacionais e locais relevantes ao VIH para os permitir organizar em torno destes direitos e leis e defender as suas necessidades concretas no contexto do VIH e cumprir as suas obrigações.
5. **Capacitação e sensibilização dos legisladores e implementadores da lei**—parlamentares, procuradores, juízes, advogados, polícia, os Ministros do Interior e da Justiça e os líderes tradicionais e religiosos—sobre o papel importante da lei na resposta ao VIH.
6. **Capacitação dos profissionais de saúde** sobre os direitos humanos e a ética médica em base de dois objectivos. O primeiro é assegurar que os profissionais de saúde conheçam os seus próprios direitos humanos à não-discriminação no contexto do VIH e à saúde (prevenção e tratamento do VIH, precauções universais, compensação por infecções laborais). O segundo é reduzir as atitudes estigmatizantes nos ambientes hospitalares e proporcionar aos profissionais de saúde as competências e as ferramentas necessárias para garantir o direito dos doentes ao consentimento informado, à confidencialidade e ao tratamento incluindo a não-discriminação.
7. Redução da discriminação contra mulheres no contexto de VIH e SIDA através de programas que respondem à desigualdade

18 Para mais informação, veja Schwartländer B et al. 2011. *Towards an Improved Investment Approach for an Effective Response to VIH/AIDS*, *the Lancet*, 377(9782), pp. 2031 – 2041 e UNAIDS. 2011. *A New Investment Framework for the Global VIH Response*. UNAIDS Issues Brief (2011), <http://nacc.or.ke/wp-content/uploads/2016/03/Investment-Framework-Summary-UNAIDS-Issues-Brief1.pdf>.

e à violência de género como causas e consequências da infecção pelo VIH. Isto inclui programas que abordam (i) a desigualdade das mulheres e das raparigas na tomada de decisões sexuais e reprodutivas; (ii) as barreiras de género aos serviços de saúde; (iii) a discriminação quanto a herança, propriedades, casamentos, divórcios e custódias; (iv) a violência sexual ou de outros tipos; (v) desigualdades de acesso às oportunidades educacionais e económicas; e (vi) a falta de apoio aos pais e parentes das famílias afectadas pelo VIH. Tais programas devem ser complementados por outros para homens e rapazes, que abordam as normas nocivas de género que tornam vulneráveis as mulheres, meninas, homens e meninos à infecção pelo VIH.

Desafios: i) capacidade técnica dos profissionais do sistema de justiça para coordenação e execução das intervenções de VIH e direitos humanos na implementação dos sete programas-chave nem sempre é a mais desejável; ii) colaboração entre os profissionais de justiça e do sector de saúde ainda passa por desafios ; iii) as intervenções combinadas de sobre VIH, género e direitos humanos entre os sectores da saúde e as instituições de administração da justiça ainda passa por desafios.

Recomendações: i) Fortalecimento dos agentes fazedores da lei e dos agentes implementadores da lei (oficiais da justiça, juízes, magistrados, procuradores, advogados, polícias, parlamentares, a Comissão Nacional dos Direitos Humanos, e o Provedor da Justiça) para coordenação e execução das intervenções de VIH e SIDA e direitos humanos; ii) Fortalecimento da capacidade do Parlamento para melhorar a monitoria e implementação de revisões legais relevantes ao VIH e SIDA; e iii) Fortalecimento da colaboração do Sistema de Administração da Justiça com outros actores relevantes serão as organizações da sociedade civil que combatem o estigma e a discriminação relacionados ao VIH de defesa das PVVIH, das populações-chave e das populações vulneráveis.

V.

Referências

1. Andrade, Rosário Gregório e Iriart, Jorge Alberto Bernstein. 2015. *Estigma e Discriminação: Experiências de mulheres VIH positivo nos bairros populares de Maputo*, Moçambique. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
2. AU African Summit on VIH/AIDS. 2001. Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases, held in Abuja, Nigeria, April.
3. Banco Mundial. 2018. *Actualidade Económica de Moçambique: Redução na Pobreza, mas Aumento da Desigualdade*, Novembro. www.worldbank.org/pt/country/mozambique/publication/mozambique-economic-update-less-poverty-but-more-inequality.
4. CNCS (Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA). 2016. *Resposta Global à SIDA. Relatório de Progresso, Moçambique*.
5. CISM. 2016. Tuberculose. <http://manhica.org/wp/tuberculose>. Acessado no dia 22 de Maio 2016).
6. Consórcio de Organizações Internacionais IPPF, ONUSIDA, GNP+ e ICW. 2013. *Índice de Estigma de Pessoas Vivendo com VIH em Moçambique*. Maputo.
7. Discurso da Ministra da Saúde, por ocasião da Abertura da Reunião de Planificação do Programa Nacional de Controlo da Tuberculose, citado pelo *Jornal a Verdade*, www.verdade.co.mz/nacional/64224-tuberculose-ainda-e-epidemia-seria-em-mocambique-e-mata-ao-menos-22-mil-pessoas-anualmente-?format=pdf.
8. Global Commission on VIH and the Law. 2012. *Risks, Rights and Health*, UNDP – VIH/AIDS Groups, Nova York. EUA. pp 7.
9. Jurgens R. 1998. Canadian VIH/AIDS policy and law: Least intrusive, most effective. In: S Frankowski (ed) *Legal responses to VIH/AIDS in comparative perspective*, p. 102.
10. Körner, Henrike. 2007. Negotiating Cultures: Disclosure of VIH-Positive Status among People from Minority Ethnic Communities in Sydney. *Culture, Health & Sexuality* 9.2 (2007) 137-152. <http://www.jstor.org/stable/4005515> on 14th June 2018.
11. The Lawyers Collective. 2003. *Legislating and Epidemic. VIH/AIDS in India*, Universal Law Publishing. Delhi. 227.
12. Posse, L. 2016. Papel das Autoridades Comunitárias no Combate ao VIH E SIDA na Província de Maputo, 2000-2005. Até que ponto as Autoridades Comunitárias Contribuíram no Combate ao VIH e SIDA no Distrito da Manhica entre 2000-2005? Ensaio científico de culminação de estudos para aquisição do grau de licenciatura em história, Departamento de História, Faculdade de Letras e Ciências Sociais, Universidade Eduardo Mondlane. www.iese.ac.mz/wp-content/uploads/2016/03/Dissertacao-de-Licenciatura-em-Historia-Lucio-Posse-1.pdf
13. MINED (Ministério da Educação). *Plano Estratégico da Educação 2012-2016*. Maputo, MINED pp. 12.
14. MISAU (Ministério de Saúde). 2007. *Guia para a Prevenção e Profilaxia Pós-Exposição Ocupacional ao VIH*. Maputo. MISAU.
15. MISAU. 2010. Moçambique. Contas Nacionais de Saúde. Maputo: MISAU, p. 18.
16. MISAU. 2011. Inquérito Integrado Biológico e Comportamental entre Homens que Fazem Sexo com Homens, Moçambique. Maputo: MISAU, p. 9.
17. MISAU. 2017. *Resposta Nacional a Epidemia de VIH e TB: Direcção Estratégica Até 2020*. Maputo.
18. MONASO (Rede Moçambicana de Organizações Contra o SIDA). 2008. Análise da Situação do VIH e SIDA & Acesso ao TARV em Moçambique. Relatório para a 1ª Conferência da Sociedade Civil sobre o VIH e SIDA em Moçambique, Abril. www.iese.ac.mz/lib/PPI/IESE-PPI/pastas/governacao/saude/artigos_cientificos_imprensa/analise.pdf
19. Nakabonge, B.M. 2013. *AIDS and VIH policies in Mozambique: Successes and obstacles towards country ownership*. Research Paper in partial fulfilment of the requirements for a Master of Arts in Development Studies, International Institute of Social Studies, The Hague. <https://pdfs.semanticscholar.org/ea1b/2c440399b4527ecce2e727f4092c0f20e268.pdf>

20. Nhantsave, Noémia. 2011. Mecanismos Informais de Protecção Social em Moçambique. O Caso de Xitique. UEM. Maputo
21. NWETI. 2004. *Análise de Documentação sobre o Estigma e Discriminação Relacionados com o VIH e SIDA em Moçambique*. Maputo, pp. 11 a 16, Disponível em file//
22. NIENS L. VIH AIDS in Sub-Saharan Africa. *Social Science Quarterly*, 90, 113–44.
23. OHCHR (Office of the High Commissioner in Human Rights, United Nations). 2012. *Human Rights Indicators. A Guide to Measurement and Implementation*. New York and Geneva: OHCHR, pp. 25–41.
24. Quive, Samuel. 2009. *Sistemas Formais e Informais de Protecção Social Desenvolvida em Moçambique*, Conference Paper 43, IESE, Maputo, http://www.iese.ac.mz/lib/publication/II_conf/CP43_2009_Quive.pdf.
25. República de Moçambique. 2012. Mecanismo de Atendimento Multisectorial à Mulher Vítima de Violência Doméstica, Maputo
26. Rodrigues, C. 2016. Estratégias de Resposta ao VIH/SIDA no Local de Trabalho. Universidade Politécnica, Maputo.
27. Santos, João dos. 2014. *Prevenir a Doença e Promover a Saúde. Edição Digital* Atlântico Press.
28. Sherr, Lorraine. 1997. *AIDS and Adolescents. The Netherlands Harwood Academic Publishers*.
29. Schwartländer B et al. 2011. Towards an improved investment approach for an effective response to VIH/AIDS. *The Lancet*, 377(9782), pp. 2031–41.
30. Taela, Kátia. 2004. Análise da Documentação sobre o Estigma e Discriminação Relacionados com o VIH e SIDA em Moçambique. N´weti, Maputo.
31. UNAIDS 2001. Plano de Acção para o Combate ao Estigma e VIH e SIDA em África. http://data.unaids.org/pub/report/2001/20011115_advocacy_doc_pt.pdf
32. UNAIDS. 2011. *A New Investment Framework for the Global VIH Response*. UNAIDS Issues Brief (2011), <http://nacc.or.ke/wp-content/uploads/2016/03/Investment-Framework-Summary-UNAIDS-Issues-Brief1.pdf>.
33. UNAIDS. 2014. *The Gap Report*. www.unaids.org/en/resources/documents/2014/20140716_UNAIDS_gap_report (accessed 29 July 2016)
34. UNAIDS. 2015. *Sustaining the Human Rights Response to VIH: Finding Landscape and Community Voices*.
35. UNAIDS. 2015. Guidance Note. 2013: Ending overly broad criminalization on VIH non-disclosure, exposure and transmission: Critical scientific, medical and legal consideration. Geneve: UNIADS
36. UNICEF. 2006. *Crianças órfãs e vulneráveis no contexto do VIH E SIDA em Moçambique* <https://docplayer.com.br/storage/33/16549145/1593361120/arwzXaa9g-2UBPDj7mXwxQ/16549145.pdf>
37. United Nations General Assembly. 2011. Political Declaration on VIH/AIDS: Intensifying our Efforts to Eliminate VIH/AIDS, RES/ 65/277. New York: United Nations.
38. Ventura, Miriam. 1999. Direitos humanos e AIDS: O cenário brasileiro. In: Parker, Richar et al. (organizadores). *Saúde, Desenvolvimento e Política. Respostas Frente à AIDS no Brasil*. São Paulo, Editora Abia 34, 1999, p. 263.
39. IMASIDA
40. Proposta do Fundo Global

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
Moçambique
Kenneth Kaunda Av, N. 931, Maputo
Telefone: +258 21 481 400
E-mail: registry.mz@undp.org
Website: <https://www.mz.undp.org>