



ACESSO A SERVIÇOS DE HIV/SIDA
POR PARTE DE PESSOAS COM
DEFICIÊNCIA EM MOÇAMBIQUE

Outubro de 2018

O presente estudo foi possível graças ao generoso apoio do povo Americano através da Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) sob o Acordo Cooperativo No. AID-656-A-16-00003.

As opiniões aqui expressas são da TV Surdo e não refletem necessariamente as opiniões da USAID/USG ou da Counterpart International.



ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| LISTA DE ABREVIATURAS | 3 |
| I. INTRODUÇÃO | 4 |
| I.1. CONTEXTUALIZAÇÃO | 4 |
| I.2. OBJECTIVOS..... | 6 |
| II. O CONTEXTO POLÍTICO E PROGRAMÁTICO | 7 |
| II.1. A CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA..... | 7 |
| II.2. A AGENDA GLOBAL DO HIV E SIDA | 7 |
| II.3. ANÁLISE DE LACUNAS E CONTINUIDADES..... | 8 |
| III. A OPERACIONALIZAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE ACESSO | 10 |
| III.1. O MAPA DE POLÍTICAS NACIONAIS SOBRE HIV E PESSOA COM DEFICIÊNCIA..... | 10 |
| III.2. DINÂMICAS ACTUAIS SOBRE A SITUAÇÃO DO HIV E DEFICIÊNCIA..... | 12 |
| IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 18 |

LISTA DE ABREVIATURAS

- ACAMO**–Associação de Cegos e Amblíopes de Moçambique
- AIPI**–Aliança para a Implementação de Políticas Inclusivas
- CIDPD**– Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência
- CNCS**– Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA
- CRM**– Constituição da República de Moçambique
- DUDH**– Declaração Universal dos Direitos Humanos
- ENSSB**– Estratégia Nacional de Segurança Social Básica
- FAMOD**– Federação das Associações Moçambicanas de Deficientes
- GAMA**–Gabinete de Aconselhamento de Mulheres, Pais e Crianças com Deficiência
- GFD** – Grupo Focal de Discussão
- HIV** – Vírus da Imuno-deficiência Humana
- IEC** – Campanhas de Informação, Educação e Comunicação
- INAS** – Instituto Nacional de Acção Social
- MGCAS** – Ministério do Género, Criança e Acção Social
- ONG** – Organização Não Governamental
- ONUSIDA**– Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA
- OSC** – Organização da Sociedade Civil
- PEN**– Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA
- PNAD**– Plano Nacional para a Área da Deficiência
- PcD** – Pessoa com Deficiência
- PVHS**–Pessoa Vivendo com o HIV e SIDA
- RAVIM** – Rede das Associações de Vítimas de Minas
- SIDA** – Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida
- TARV** – Tratamento Anti-Retroviral

I. INTRODUÇÃO

I.1. CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV e SIDA (ONUSIDA) em 2017 36.9 milhões de pessoas viviam com HIV ao nível de todo o mundo¹. Cerca de 940,000 pessoas morreram por doenças relacionadas com o SIDA e 1.8 milhões tornaram-se seropositivas nesse mesmo ano. Esse cenário verifica-se quando – no âmbito dos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável – os países membros da Assembleia Geral das Nações Unidas firmaram o compromisso de “acabar com o HIV e SIDA como uma ameaça à saúde pública até 2030”. Ou seja, quantitativamente pretende-se uma redução em 90% nas novas infecções e nas mortes relacionadas ao SIDA até esse ano.

De modo a alcançar a meta de 2030 foram identificados 10 compromissos para acelerar a resposta à pandemia do HIV e SIDA:

- a) Garantir que 30 milhões de pessoas vivendo com HIV tenham acesso ao tratamento por meio do cumprimento das metas 90-90-90² até 2020;
- b) Eliminar novas infecções pelo HIV entre crianças até 2020;
- c) Garantir o acesso a opções de prevenção combinada (profilaxia pré-exposição, circuncisão masculina médica voluntária, redução de danos e preservativos) a pelo menos 90% das pessoas até 2020;
- d) Eliminar as desigualdade de género e pôr fim a todas as formas de discriminação e violência contra mulheres e meninas, pessoas vivendo com HIV e populações chave até 2020;
- e) Garantir que 90% dos/das jovens tenham habilidades, conhecimento e capacidade para se proteger do HIV e tenham acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva até 2020;
- f) Garantir que 75% das pessoas vivendo com HIV, sob risco de contraí-lo e afectadas por ele, sejam beneficiadas por medidas de protecção social sensíveis ao HIV até 2020;
- g) Garantir que pelo menos 30% de todos os serviços de HIV prestados sejam liderados pela comunidade até 2020;
- h) Garantir que os investimentos em HIV aumentem para USD 26 biliões até 2020;

¹ Global HIV & AIDS statistics – 2018 fact sheet

² 90% diagnosticados, 90% em tratamento e 90% com supressão viral

- i) Empoderar as pessoas vivendo com HIV, sob risco de contraí-lo e por ele afectadas, para que conheçam seus direitos e tenham acesso à justiça para prevenir e enfrentar violações de Direitos Humanos; e
- j) Comprometer-se a tirar o SIDA do isolamento por meio de sistemas centrados em pessoas, para melhorar a cobertura universal de saúde, incluindo tratamento para tuberculose, cancro do colo do útero e hepatites B e C.

Dois aspectos podem ser ressaltados da resposta global ao HIV e SIDA nomeadamente o alcance de uma cobertura universal e o respeito pelos Direitos Humanos. Por um lado manifesta-se a preocupação em garantir o acesso universal aos serviços não apenas de prevenção mas também de tratamento e acompanhamento. Por outro lado esforça-se para que todos os grupos de pessoas, independentemente das suas particularidades, tenham um acesso equitativo a esses mesmos serviços sem qualquer tipo ou forma de discriminação.

No mundo existem actualmente mais de um bilião de pessoas vivendo com uma deficiência de saúde física, sensorial, intelectual ou mental. Tais deficiências, condições ou doenças podem ser de natureza permanente ou transitória. As pessoas com deficiência (PcD) encontram-se entre os grupos mais vulneráveis ao HIV e SIDA, e no qual os seus efeitos são ainda mais corrosivos, por diversas razões.

Antes de mais por existir um estereótipo de que pessoas com deficiência são sexualmente inactivas ou improváveis consumidores de drogas ou álcool, muitas das intervenções de prevenção, testagem e tratamento do HIV não consideram a sua inclusão como grupo-alvo. Em consequência disso é normal que a família, empregadores ou pessoal de Saúde não assumam ou compreendam as necessidades das PcD em termos de saúde sexual e reprodutiva. Isso também explica que muitas PcD não estejam conscientes dos seus próprios direitos em termos de saúde sexual e reprodutiva.

As pessoas com deficiência encontram-se numa intersecção de vulnerabilidades que se relacionam entre si. Um difícil acesso aos serviços de educação e saúde expõe as PcD a um maior risco de pobreza e à uma falta de informações e recursos que possibilitariam a prática de sexo seguro. Essa mesma vulnerabilidade faz das pessoas com deficiência, mais do que as sem deficiência, propensas a serem vítimas de violência e abuso sexuais.

No caso de a pessoa com deficiência ser do sexo feminino a sua vulnerabilidade é amplificada pela desigualdade de género. Algumas mulheres com deficiência podem necessitar de assistência pessoal para o seu dia-a-dia e isso as coloca numa posição de vulnerabilidade, e o facto de por vezes terem barreiras de comunicação reduz a sua capacidade de se defenderem quer física quer emocionalmente ou mesmo de denunciar eventuais casos de abuso e violência.

Nos casos em que pessoas com deficiência se tornam seropositivas elas enfrentam uma dupla discriminação e estigmatização. Esses processos invariavelmente conduzem à uma

baixa auto-estima e ao auto-isolamento social, que por sua vez propicia a que as pessoas estejam vulneráveis à violência e ao abuso para além de reduzir o nível da sua participação e engajamento cívico e político. É igualmente o estigma que coage muitas pessoas com deficiência e seropositivas a não procurar os serviços de saúde.

I.2. OBJECTIVOS

A presente “Análise de Situação” pretende lançar um olhar sobre o acesso a serviços relacionados com o HIV e SIDA por parte de pessoas com deficiência. Esse exercício deverá a) ajudar a criar um maior nível de consciencialização pública sobre a matéria, e b) servir como instrumento de Advocacia – para a TV Surdo e a Aliança para a Implementação de Políticas Inclusivas (AIPI) – junto de legisladores e decisores políticos. A ideia principal é identificar lacunas nas políticas e estratégias existentes, assim como obstáculos que surgem na sua operacionalização e implementação diária.

Este relatório está por conseguinte organizado em três grandes partes, para além da presente Introdução, sendo a primeira aquela que estabelece não apenas as conexões lógicas e conceptuais entre o HIV e SIDA e pessoas com deficiência mas também a nível programático e de desenho de políticas a respeito. A segunda parte irá debruçar-se sobre dinâmicas quotidianas da implementação das políticas no contexto Moçambicano, e a terceira e última parte contém as considerações finais.

II. O CONTEXTO POLÍTICO E PROGRAMÁTICO

II.1. A CONVENÇÃO INTERNACIONAL SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CIDPD) surge alimentada pelos princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH) de 1948. Esta é constituída por 30 artigos que reafirmam os direitos dos indivíduos. A DUDH evidencia primordialmente os princípios (básicos) de Dignidade, Liberdade, Igualdade e Irmandade; estando à partida claro que (todos) os seres humanos devem ser por eles cobertos sem qualquer tipo de exceção. A Declaração evoca outros direitos igualmente relevantes como o direito à vida, a proibição de escravatura, a liberdade de opinião e de associação, ou a liberdade de pensamento.

No âmbito dos direitos individuais de natureza económica, social e cultural; integram-se os direitos a cuidados de saúde onde se pode ler: *Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários (...) na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice e ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade* (Art. 25º).

A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Dezembro de 2006 e aberta a assinaturas e ratificações em Março de 2007. Até Outubro de 2018 172 países haviam ratificado a Convenção. A CIDPD reafirma os princípios universais (Dignidade, Integridade, Igualdade e Não discriminação) e define as obrigações gerais dos Governos relativas à integração das várias dimensões da deficiência nas suas políticas, para além das obrigações específicas atinentes à sensibilização da sociedade para a deficiência, ao combate aos estereótipos e à valorização das pessoas com deficiência.

Em relação à Saúde a Convenção é explícita: *Os Estados Parte reconhecem que as pessoas com deficiência têm direito ao gozo do melhor estado de saúde possível sem discriminação com base na deficiência* (Art. 25º) e o dever de *providenciar às pessoas com deficiência a mesma gama, qualidade e padrão de serviços e programas de saúde gratuitos (...) incluindo na área de saúde sexual e reprodutiva* (Art. 25º alínea a). A CIDPD impõe igualmente a necessidade de os profissionais de saúde dispensarem os serviços com a mesma qualidade às pessoas com deficiência.

II.2. A AGENDA GLOBAL DO HIV E SIDA

A entrada para o século XXI foi marcada por uma resposta e estratégica de nível global ao HIV e SIDA. No ano 2000 foi adoptada a Declaração do Milénio das Nações Unidas, a partir

da qual todos os Estados membros comprometeram-se em alcançar oito Objectivos de Desenvolvimento do Milénio. Entre esses o Objectivo 6 enunciava *Combater o HIV e SIDA, malária e outras doenças*. Em relação ao HIV e SIDA pretendia-se que estancar e reverter a propagação do HIV até 2015. Em Junho de 2006 uma Assembleia Geral acordou trabalhar para a meta de *acesso universal a programas completos de prevenção, tratamento, cuidados e apoio* até 2010.

Para o alcance do acesso universal foram identificadas cinco Direcções Estratégicas:

1. Capacitar as pessoas a saberem o seu sero-status;
2. Maximizar a contribuição do sector de Saúde para a prevenção do HIV;
3. Acelerar a expansão dos cuidados e tratamento para o HIV;
4. Fortificar e expandir sistemas de saúde; e
5. Investir em informação estratégica para orientar uma resposta mais eficaz.

Considerando o “acesso” como um conceito vasto as Nações Unidas definem-no a partir de três dimensões:

- a) **Disponibilidade** em termos de alcance (acesso físico), sustentabilidade (acesso económico) e aceitabilidade (acesso sócio-cultural) dos serviços que preenchem os requisitos básicos de qualidade. Tornar os serviços acessíveis, sustentáveis e aceitáveis é uma pré-condição essencial para o acesso universal;
- b) **Cobertura** definida como a proporção de população necessitando de um serviço que o recebe. A cobertura é influenciada pela oferta (provisão de serviços) e pela demanda de pessoas que precisando dos serviços;
- c) **Impacto** definido como a redução nos índices de novas infecções ou melhorias nas taxas de sobrevivência. Ele resulta da cobertura dos serviços, moldada pela eficiência e eficácia das intervenções e mudanças em outros factores relevantes; e que se ligam directamente aos ODM.

II.3. ANÁLISE DE LACUNAS E CONTINUIDADES

Como se pode ver pelo que foi descrito acima os princípios de Dignidade, Igualdade e Não discriminação entre os cidadãos – independentemente do critério – foram cristalizados e assumidos à escala global ainda na primeira metade do século XX. Todavia a consolidação e a sistematização em forma de convenção dos direitos das pessoas com deficiência apenas veio a ocorrer cerca de 50 anos mais tarde. Esse facto, por si, é indicativo dos reveses, contrariedades e obstáculos que a luta pela afirmação desses direitos enfrentou e continua a enfrentar.

Por seu turno em cerca de 30 anos de resposta ao HIV e SIDA o reconhecimento das necessidades, vulnerabilidades e impacto em determinados grupos como as pessoas com deficiência, não foi imediato. Foi apenas na Declaração de Compromisso sobre o HIV e SIDA de 2001 que se reconheceu que *a realização plena dos direitos humanos e das liberdades fundamentais para todos é um elemento essencial da resposta mundial à pandemia do HIV e SIDA*. Cinco anos mais tarde seria estabelecida a meta do acesso universal.

A ligação entre a deficiência e o HIV parece lógica, clara e directa. Pessoas com deficiência podem estar mais vulneráveis ao HIV e SIDA se não puderem ter acesso às campanhas de prevenção e podem sofrer mais as consequências de se estar infectado se os serviços de saúde não criarem condições para o atendimento, para além do (duplo) estigma e discriminação. Por outro lado a resposta ao HIV deve procurar abranger o maior número de pessoas e grupos possível. Todavia a abordagem de Direitos Humanos que é usada na resposta ao HIV e SIDA tende a dar primazia ao seu respeito no tocante a pessoas vivendo com a doença, mais do que nos direitos das pessoas com deficiência.

Com efeito foram muitos e visíveis esforços para, por exemplo, garantir que todos os países promulgassem uma lei que defendesse o direito de pessoas seropositivas ao emprego, e a institucionalização de práticas de realocação. O combate à violência baseada no género, o direito de acesso ao tratamento por parte de pessoas vivendo com o HIV (PVHS), a prestação de assistência jurídica a PVHS, os direitos de órfãos e crianças vulneráveis, o direito à alimentação e cuidados nutricionais; são todos exemplos de iniciativas predominantes quando se pretende uma abordagem de Direitos Humanos na área do HIV.

Mais recentemente, no âmbito do objectivo global de acabar com a epidemia até 2030, foi elaborada a Declaração Política de 2016 sobre o Fim do HIV e SIDA onde se reconhece que “não será possível acelerar a resposta ao HIV e acabar com a epidemia do SIDA sem que os direitos humanos sejam abordados”. Essa Declaração identifica um conjunto de populações-chave, que “têm acesso inadequado a serviços eficazes de prevenção, testagem e tratamento de qualidade”, nomeadamente comunidades indígenas, profissionais do sexo, pessoas encarceradas, migrantes, homens que fazem sexo com homens, pessoas trans e pessoas que usam drogas injectáveis.

Em relação à meta do Acesso Universal verifica-se igualmente que a mesma não procura cobrir grupos específicos eventualmente pouco incluídos, antes uma cobertura mais completa dos grupos previamente abrangidos. Dos quatro relatórios anuais de progresso em relação ao alcance do Acesso Universal três têm como título “Expandindo Intervenções Prioritárias do HIV no Sector de Saúde”, já o quarto que dá ênfase a alguns grupos populacionais grava “Expandindo Serviços de HIV para mulheres e crianças no Sector de Saúde”.

III. A OPERACIONALIZAÇÃO DE POLÍTICAS E PROGRAMAS DE ACESSO

III.1. O MAPA DE POLÍTICAS NACIONAIS SOBRE HIV E PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Em Moçambique a resposta ao HIV é dominada por uma abordagem designada “multissectorial” desde o início de uma intervenção concertada e coordenada por instituições estatais (2000). Tal abordagem “reforça e dinamiza o envolvimento de todos os sectores do Estado, da Sociedade Civil e do Sector Privado nos esforços de contenção de novas infecções com HIV e na mitigação das consequências do SIDA no tecido social da família Moçambicana”³.

Análises realizadas ao Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2005-2009 (também chamado PEN II) indicaram que “[o PEN] se compromete com uma resposta ao HIV e SIDA multissectorial e baseada em direitos. Todavia, não existe reconhecimento da importância de incluir as necessidades de pessoas com deficiência como um grupo vulnerável no âmbito da resposta nacional”⁴. Nos tempos seguintes a planificação estratégica da resposta ao HIV usou como princípios orientadores o Respeito pelos Direitos Humanos Universais (no caso do PEN III, 2010-2014) e Resposta centrada nos Direitos Humanos e na Justiça de Género (PEN IV, 2015-2019).

O PEN IV destaca que “os serviços e todo o atendimento oferecidos à população no contexto dos cuidados associados ao HIV e SIDA devem ter em conta o respeito, a salvaguarda, a protecção e promoção dos direitos das PVHS⁵, sem discriminação fundada na idade, sexo, género, orientação sexual, idioma, religião, estatuto sócio-económico, raça, etnia e deficiência, contribuindo, assim, para a equidade de género, a redução do estigma e discriminação e de outras formas de violação dos direitos humanos que constituem barreira a uma resposta nacional efectiva”. Adicionalmente o PEN IV introduz o princípio da Equidade e Acesso Universal que visa garantir que as políticas e programas assegurem saúde integral a todos os grupos vulneráveis incluindo pessoas com deficiência.

Em termos legais as pessoas com deficiência são abrangidos pelo princípio constitucional da universalidade e da igualdade, plasmados no Artigo 35, segundo os quais todos os cidadãos são iguais perante a lei independentemente das suas características sociológicas ou biológicas. O texto constitucional é mais incisivo e específico no Artigo 37 quando estabelece que *os cidadãos portadores de deficiência gozam plenamente dos direitos consignados na Constituição e estão sujeitos aos mesmos deveres com ressalva do exercício ou cumprimento daqueles para os quais, em razão da deficiência, se encontrem incapacitados*.

³ Plano Estratégico Nacional de Combate ao HIV e SIDA 2015-2019 (PEN IV)

⁴ Kitty Grant, A. & J Hannass-Hancock (2009) *Disability in National Strategic Plans on HIV and AIDS: A review on the national response to the interrelations of disability and HIV in Eastern and Southern Africa*, UKZN, Durban, p. 50.

⁵ Pessoas Vivendo com o HIV e SIDA

Os direitos e as responsabilidades do Estado para com a pessoa com deficiência são adicionalmente definidos no Artigo 125:

1. *Os portadores de deficiência têm direito a especial protecção da família, da sociedade e do Estado.*
2. *O Estado promove a criação de condições para a aprendizagem e desenvolvimento da língua de sinais.*
3. *O Estado promove a criação de condições necessárias para a integração económica e social dos cidadãos portadores de deficiência.*
4. *O Estado promove, em cooperação com as associações de portadores de deficiência e entidades privadas, uma política que garanta:*
 - a) *a reabilitação e integração dos portadores de deficiência;*
 - b) *a criação de condições tendentes a evitar o seu isolamento e a marginalização social;*
 - c) *a prioridade de atendimento dos cidadãos portadores de deficiência pelos serviços públicos e privados;*
 - d) *a facilidade de acesso a locais públicos.*
5. *O Estado encoraja a criação de associações de portadores de deficiência.*

Baseando-se no primado do articulado na Constituição não apenas foram desenvolvidas leis adicionais e mais específicas como também foram desenhadas estratégias de intervenção e acção. Por exemplo a Lei do Trabalho estipula que o empregador deve promover medidas que visem integrar o trabalhador com deficiência por forma a que ele goze dos mesmos direitos dos demais. Assim como determina que o Estado deve proporcionar a reconversão profissional e a integração em postos de trabalho adequados.

No seguimento foi aprovada pelo Conselho de Ministros em 1999 – ano de lançamento da Década Africana da Pessoa com Deficiência 1999-2009 - a Política para as Pessoas portadoras [sic] de Deficiência (Resolução 20/99 de 23 de Junho) no âmbito da qual foi delineado o Plano Nacional de Acção da Área da Deficiência 2006-2010 (PNAD I). Das 11 áreas de concentração do PNAD I há a destacar três: a) Desenvolvimento da capacidade institucional, b) *Lobby* e Advocacia e c) Prevenção e Combate ao HIV e SIDA.

O lançamento do Plano Nacional da Área da Deficiência 2012-2019 (PNAD II) veio na esteira da prorrogação da Década Africana até 2019. O PNAD II manteve o número de áreas de concentração mas foi mais concreto naquilo que se pretendia e manteve “HIV e SIDA e Saúde Sexual e Reprodutiva”. Menos atenção foi dada a questões de advocacia e crescimento institucional. Há também a mencionar a Estratégia da Pessoa portadora de Deficiência na Função Pública 2009-2013.

III.2. DINÂMICAS ACTUAIS SOBRE A SITUAÇÃO DO HIV E DEFICIÊNCIA

Diversas fontes podem ser usadas para se ter uma ideia da situação actual no que diz respeito à relação entre pessoas com deficiência e o HIV, desde logo a literatura existente sobre a matéria em Moçambique e as narrativas das pessoas contactadas no âmbito do presente trabalho. Três aspectos podem ser destacados nomeadamente o estigma e a discriminação, o *lobby* e advocacia institucional e o acesso aos serviços.

Estigma e Discriminação

O diagnóstico apresentado no primeiro Plano Nacional de Acção da Área da Deficiência já indicava que *há prevalência de atitudes estigmatizantes na sociedade Moçambicana em relação à pessoa portadora [sic] de deficiência*". É facto corrente na sociedade que, em Moçambique, o discurso dominante sobre a deficiência ancora-se em causas metafísicas e simbólicas e nunca (ou muito menos) em aspectos biológicos ou medicinais. Essa circunstância leva ao surgimento e reprodução de um conjunto de mitos, "fábulas" e estereótipos sobre as pessoas com deficiência.

Paralelamente e em termos objectivos a situação da pessoa com deficiência revela-se precária a nível nacional. Em 2010 a Rede de Associações Vítimas de Minas (RAVIM) e a Handicap Internacional elaboraram um diagnóstico local sobre a situação das pessoas com deficiência em Maputo e Matola. Esse estudo revelou que as condições de vida das pessoas com deficiência são geralmente mais precárias que as do resto da população, de género e idades idênticos. As pessoas com deficiência são duas vezes mais solteiras ou viúvas que as outras pessoas e duas vezes menos em união marital. O nível de alfabetização das pessoas com deficiência é menos elevado que o do resto da população tanto para os homens (82% contra 95%) como para as mulheres (69% contra 82%).

O nível de educação terá implicações directas na empregabilidade. A taxa bruta de desemprego entre as pessoas com deficiência é de 39% e isso explicará a sua situação sócio-económica. Dos que trabalham o emprego remunerado é duas vezes menos frequente para as PcD, e estas são igualmente as que menos acesso têm ao emprego informal. Tal precaridade leva por sua vez à dificuldade do acesso a créditos bancários e a eventuais iniciativas de geração de renda.

Como se pode depreender as pessoas com deficiência enfrentam uma situação sócio-económica precária – pelo menos quando comparadas com a população em geral – e esta alimenta e é alimentada pela discriminação, estigmatização e auto-estigmatização. Em termos de HIV isso significa que as pessoas com deficiência, que já enfrentam o estigma associado à sua condição, têm no nosso contexto mais dificuldades de aproximar os serviços de saúde seja para efeitos de testagem ou acesso a medicamentos.

A auto-estigmatização, que é uma consequência directa da falta de informação dos próprios indivíduos sobre os seus direitos, faz com que as PcD não se vejam como sujeitos sexualmente activos (como todos os outros) e como tal propensos aos riscos que essa condição acarreta. Como consequência das crenças populares que estruturam as

representações colectivas sobre a pessoa com deficiência, particularmente no que diz respeito às causas da deficiência, verificou-se que a maioria dos participantes de um inquérito ao nível comunitário pensava que as causas da deficiência eram as mesmas da transmissão do HIV⁶.

Esses estudos colocam a pessoa com deficiência numa posição mais vulnerável ao HIV e SIDA por um lado porque devido à sua condição específica, e em várias circunstâncias, não conseguem receber as mensagens de sensibilização para a prevenção e testagem. Por outro lado devido à referida debilidade sócio-económica estão em piores condições para dar uma resposta adequada no caso de se tornarem sereopositivos. O estudo atrás mencionado conduzido em Maputo e na Matola revelou que apesar dos esforços tanto do Governo como da sociedade civil para incluir as pessoas com deficiência na agenda da prevenção e combate ao HIV e SIDA “muita informação vinculada pelos órgãos de comunicação social ainda não é acessível”.

Lobby e Advocacia Institucional

Em termos de aparato institucional as questões do HIV e da Deficiência são abarcadas por dois grandes conglomerados: por um lado as organizações da sociedade civil (OSC) e por outro os diferentes organismos estatais (e paraestatais). No que diz respeito às OSC verifica-se que na sua maior parte dedicam-se a um ou a outro drama sem necessariamente usar uma abordagem holística. Ou seja, muitas associações e organizações não governamentais (ONG) fazem uma advocacia pela condição e pela defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Outras associações envolvem-se em campanhas de prevenção, testagem e tratamento do HIV e SIDA. Todavia nem sempre o acesso a cuidados de saúde recebe o destaque necessário junto de organizações de defesa da PcD e, por outro lado, associações trabalhando na área do HIV nem sempre são sensíveis às necessidades das PcD.

Existe um outro aspecto a considerar quando falamos de OSC devotadas à problemática da pessoa com deficiência. Um estudo sobre as condições de vida das PcD⁷ revelou que apenas um quarto dos indivíduos (com deficiência) inquiridos tinham conhecimento de uma organização de pessoas com deficiência. Apenas 16% das pessoas contactadas afirmou ser membro de uma organização. E em geral os homens têm mais conhecimento do que as mulheres sobre a existência de tais organizações, o que vai ter um impacto determinante na sua composição.

No Diagnóstico conduzido entre Maputo e Matola, em 2010, a proporção de pessoas com deficiência que conheciam uma associação era de 6% e aí também se verificou que “o número de homens que conhece uma APCD [Associação de Pessoas com Deficiência] é duas

⁶ De Meneses, R. (2014) *Protecção Social e Deficiência: o caso de Moçambique*. Tese de Doutoramento em Estudos Africanos, Educação e Desenvolvimento. Faculdade de Letras, Universidade do Porto, p. 88.

⁷ Eide, A. & Kamaleri, Y. (2009) *Living Conditions among People with Disabilities in Mozambique: A National Representative Study*. INE, FAMOD & SINTEF

vezes superior ao das mulheres”⁸ e revelava igualmente que apenas 2.5% das PcD eram membros de uma tal colectividade.

No que diz respeito a entidades estatais a problemática das PcD cai sob a jurisdição do Ministério do Género, Criança e Acção Social (MGCAS) que através das suas direcções e do Instituto Nacional de Acção Social (INAS) operacionalizam a Estratégia Nacional de Segurança Social Básica (ENSSB) que visa apoiar os grupos mais vulneráveis da sociedade. Todavia o MGCAS, quando considerado no âmbito dos diferentes ministérios existentes, se encontra em relativa desvantagem particularmente no que diz respeito aos recursos financeiros colocados à sua disposição.

Com efeito, num relatório datado de 2014⁹, o UNICEF apontou que “a fatia do Orçamento do Estado destinada aos programas da Acção Social tem aumentado gradualmente nos últimos anos, mas, ainda assim, é insuficiente para cobrir as necessidades. Em 2012, o sector recebeu 1.8 mil milhões de meticais (cerca de USD 65 milhões), o que representa um acréscimo de 24% relativamente ao ano anterior”¹⁰. Tal valor não passava, todavia, de 1.1% do total do Orçamento de Estado para aquele ano. Ainda assim tal tendência crescente foi interrompida nos anos recentes. De acordo com uma análise orçamental de 2016¹¹ a alocação orçamental ao sub-sector Acção Social (MGCAS e INAS) “sofreu uma preocupante queda de 2015 para 2016, representando um decréscimo de 13% em termos nominais”.

De uma forma global e histórica é importante lembrar que aquele sector do Estado nunca recebeu um orçamento que superasse os dois pontos percentuais do total. Considerando que essa verba seja dividida pelos diferentes grupos alvo vulneráveis cobertos pela Acção Social (crianças, viúvas, idosos, pessoas com deficiência e outros) não se fica longe da verdade quando se afirma que as actividades em prol das PcD recebem anualmente menos de 0.3% de todo Orçamento do Estado.

Acesso aos Serviços de Saúde e de HIV

Os aspectos anteriormente levantados – que dizem respeito ao estigma e discriminação, e ao aparato institucional – cruzam-se quando se analisa o acesso aos serviços de saúde no geral e de HIV em particular por parte das pessoas com deficiência. Com efeito, um conjunto de práticas discriminatórias e estigmatizantes acaba por coarctar a acção dos indivíduos na procura de cuidados de saúde. Do mesmo modo que uma fraca e sub-financiada cobertura institucional o faz. O que se encontra reflectido a partir do panorama internacional é que não houve uma abordagem programática combinada que encarasse com clareza holística as necessidades das pessoas com deficiência no contexto do HIV.

⁸ RAVIM & Handicap (2010) *Síntese do Diagnóstico Local sobre a Situação das Pessoas com Deficiência em Maputo e Matola*, p. 17.

⁹ UNICEF (2014) *A Mudança Acontece: Histórias de Vida e Estudos de Caso que visam estimular o reforço da família e impulsionar o desenvolvimento de um sistema integrado de protecção da Criança em Moçambique*.

¹⁰ *Idem*, p. 6.

¹¹ UNICEF & OIT (2017) *Informe Orçamental 2016: Acção Social*. FMO, ROSC.

No seguimento da subscrição por Moçambique da Declaração da Década Africana dedicada às Pessoas com Deficiência 1999-2009 (e a respectiva adenda: 2010-2019), o Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV e SIDA 2010-2014 (PEN III) torna-se no primeiro instrumento de planificação de nível estratégica que integra as pessoas com deficiência. Nesse documento menciona-se a necessidade de “uma abordagem de resposta ao HIV e SIDA mais inclusiva como forma de minimizar os efeitos negativos desta pandemia nas mulheres e homens e em particular na pessoa com deficiência sensorial, motora e física”.

O PEN III integra a pessoa com deficiência em intervenções específicas. Como parte dos designados “Princípios Orientadores” pode-se encontrar o “Respeito pelos Direitos Humanos Universais” que inclui o respeito e advocacia sobre os direitos da pessoa com deficiência. Na análise dos riscos e vulnerabilidades a pessoa com deficiência é identificada com sendo mais afectada pela pobreza, dentro do conjunto de riscos de natureza estrutural. Na componente de “Mitigação do Impacto” é dada atenção especial à criança com deficiência, considerada como uma das 13 categorias que determinam a vulnerabilidade da criança.

Nas intervenções desenhadas pelo PEN III eram três os produtos esperados, e que diziam respeito às pessoas com deficiência:

- a) Dispositivos legais criados, adaptados e disseminados que proíbem a estigmatização e protegem dos actos de violência a pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA sobretudo idosos, **peçoas com deficiência** e mulheres;
- b) Aumento do número de infectados e afectados pelo HIV e SIDA sobretudo idosos e **peçoas com deficiência** com acesso a serviços de justiça quando precisam; e
- c) Aumento da proporção de pessoas infectadas e afectadas pelo HIV e SIDA, sobretudo idosos, mulheres e **peçoas com deficiência** que conhecem e usufruem de seus direitos.

Apesar de esse plano estratégico passar a incluir as pessoas com deficiência como um grupo particular verifica-se que ele apenas assume que tal grupo tem falta de acesso a serviços “de justiça”, ignorando algumas necessidades exploradas mais abaixo. Por outro lado não deixa de ser sintomático que a Avaliação realizada à implementação do PEN III tenha reportado “sem informação” para todos os indicadores que integravam as pessoas com deficiência. É interessante que o próprio documento do PEN III termina identificando como um dos “riscos de implementação” a “falta de abordagem de inclusividade no tratamento de grupos populacionais de alto risco, de entre os quais se encontravam as pessoas com deficiência.

O PEN IV (2015-2019) engloba as pessoas com deficiência em dois dos Princípios Orientadores nomeadamente “Resposta centrada nos Direitos Humanos e na Justiça de Género” e “Equidade e Acesso Universal”. O Plano, após dividir as chamadas “Populações Prioritárias” em “Vulneráveis” e “Chave”; identifica as PcD dentro do primeiro grupo “pelo limitado acesso aos serviços de mitigação disponíveis”. Apesar de parecer existir uma visão restritiva á iniciativas de mitigação o desenvolvimento da explicação menciona igualmente

a área da prevenção. Igualmente digna de menção no PEN IV é o inédito reconhecimento de que a promoção de mensagens informativas deve ser extensiva para pessoas com deficiência auditiva e visual (braille).

Apesar da Avaliação de Meio-Termo do PEN IV ainda não estar finalizada e disponível ao público o país elaborou o seu Relatório do Progresso à Resposta Global ao HIV e SIDA em 2016. Este limita-se a lembrar o facto de as pessoas com deficiência constarem do PEN IV como população vulnerável. Em matéria de Direitos Humanos ressalta-se a descriminalização da homossexualidade no Código Penal, a não legalização da associação de defesa dos direitos das minorias sexuais (LAMBDA), e termina sentenciando que “[o] acesso das populações chave e vulneráveis aos serviços de HIV continua deficiente, devido a [sic] falta de reconhecimento e protecção de que são alvo, na generalidade”.

Em relação às metas do Plano de Aceleração da Resposta ao HIV 2013-2017 – desenhado no seguimento das metas globais – o Relatório de Progresso indica que foi ultrapassada em quatro pontos o objectivo de aumentar a percentagem de adultos e crianças HIV elegíveis recebendo a TARV para 80. No lugar de se reduzir o número de novas infecções em 50% apenas se alcançou 12%; e a redução da taxa de transmissão de mãe para filho foi para além da meta (5%) situando-se nos 8.7%. Um estudo em particular¹² revelou que para Moçambique atingir a incidência e as reduções de mortalidade previstas à escala global será necessário “uma aumentada cobertura de TARV e prevenção comportamental adicional direccionada aos principais grupos de risco”.

O diagnóstico aqui referido que cobriu as cidades de Maputo e Matola revelou que em termos de acesso aos serviços de saúde o principal obstáculo eram os custos (referidos por 90% das pessoas com deficiência) seguidos do acesso físico (30%), acesso à informação (29%) e qualidade do atendimento humano (25%). No que diz respeito ao HIV e SIDA verifica-se que apesar de haver um esforço nacional substancial para, por exemplo, a “Moçambicanização das mensagens” não se viu um de igual magnitude para que os formatos das mensagens de prevenção fossem inclusivos para pessoas com deficiência. Isso leva a um défice no acesso a intervenções de prevenção para esse grupo. Esse défice pode-se estender à informação pré e pós testagem, bastante importante para a execução da testagem voluntária e para a preservação do direito à privacidade em relação ao seu sero-status. Por último em relação ao tratamento é claramente observável a falta de preparação do pessoal de saúde para lidar com pacientes com as diferentes formas de deficiência.

A auscultação realizada no âmbito do presente trabalho trouxe à luz algumas das circunstâncias que melhor descrevem as vivências das pessoas com deficiência no contexto do HIV e SIDA. Verifica-se o não cumprimento do princípio da “ordem de prioridade” – nas Unidades Sanitárias - para pessoas com deficiência que liga-se directamente à discriminação por parte do pessoal de saúde e à ausência do “cartão de deficiente” cujas vantagens não são por todos conhecidas. Existe também a dificuldade física de acesso

¹² Korenromp EL, Gobet B, Fazito E, Lara J, Bollinger L, Stover J (2015) *Impact and Cost of the HIV/AIDS National Strategic Plan for Mozambique, 2015-2019 – Projections with the Spectrum/Goals Model*. PLoS ONE 10(11): e0142908. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0142908>.

porque nem todas unidades sanitárias cumprem com a obrigatoriedade de criar condições arquitectónicas para a inclusão das PcD¹³. Também acontecem atitudes estigmatizantes pelo não reconhecimento da PcD como sexualmente activa e – pelo reconhecimento do seu estado de seropositivo/a – imediata associação a comportamentos sexuais desviantes, tal qual acontece com os demais infectados.

Enquanto ausências de rampas, de corrimãos e existência de portas demasiado estreitas para passagem com cadeira de rodas afecta mais os deficientes físicos; outros obstáculos se colocam para quem não tem esse tipo de deficiência. As pessoas com surdez têm que enfrentar um pessoal médico e auxiliar que na sua grande maioria não possui conhecimento da língua de sinais e isso leva a que não haja um contacto directo paciente/médico resultando daí numa quebra do sigilo profissional médico numa doença com os seus próprios índices de estigma e discriminação.

Considerando que um dos vectores primordiais da prevenção do HIV e SIDA em Moçambique tem sido as campanhas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) que faziam e fazem uso massivo dos meios de comunicação audiovisuais (rádio e TV) e das palestras; facilmente detecta-se a exclusão dos surdos do acesso a esses poderosos veículos. Tudo porque grande parte dos exercícios não solicitou ou contou com os préstimos de um intérprete/tradutor para a língua de sinais. Por outro lado também assiste-se à uma banalização da utilização de uma pretensa língua de sinais – que todas as pessoas comuns julgam dominar – que mais do que comunicar produz equívocos adicionais como se pode dar no caso do anúncio de um resultado “positivo” num teste de HIV. Um teste HIV positivo é uma notícia “negativa” para o paciente e vice-versa.

As pessoas com deficiência visual carregam uma grande limitação no que diz respeito ao ambiente que as rodeia. Nisso o facto de a maior parte de informações médicas (testes, receitas, etc) vir numa forma escrita sem inclusão do Braille torna-se um obstáculo a considerar. O mesmo pode ser dito dos rótulos dos medicamentos receitados. A esses vem mais uma vez se adicionar a preponderância do uso dos meios audiovisuais nas campanhas de prevenção e mitigação do HIV e SIDA, fazendo da rádio o meio alternativo mais eficaz.

¹³ *Regulamento de Construção e Manutenção dos Dispositivos Técnicos de Acessibilidade, Circulação e Utilização dos Sistemas de Serviços e Lugares Públicos a Pessoa com Deficiência Física ou de Mobilidade Condicionada* (Decreto n°53/2008 de 30 de Dezembro)

IV. CONCLUSÃO

Considerações Finais

- Volvidos cerca de 40 anos após a Declaração Universal dos Direitos Humanos a epidemia do HIV e SIDA tomou o centro das atenções da Saúde Pública a nível global. O que à partida poderia parecer uma conexão simples e directa – o respeito pelos direitos humanos no contexto de uma epidemia que, até então, era uma das maiores causas de morte – não foi operacionalizada de forma tão célere e o primeiro reconhecimento das necessidades especiais de pessoas com deficiência no contexto da resposta ao HIV e SIDA apenas ocorreu há cerca de 15 anos;
- Adoptando uma estratégia de resposta ao HIV e SIDA que seguia os pressupostos definidos a nível internacional Moçambique também foi exemplo da ausência de uma abordagem holística e eficaz sobre a deficiência e o HIV. Apenas no terceiro exercício de planificação estratégica (PEN III) são pela primeira vez mencionadas as pessoas com deficiência e a necessidade de uma abordagem específica para esse grupo. Ainda assim a Avaliação do PEN III não conseguiu encontrar nenhuma informação respeitante aos indicadores relacionados com as PcD;
- Entretanto o país foi se dotando de um vasto conjunto de instrumentos normativos e jurídico-legais que estipulavam e obrigavam ao respeito pelos direitos das pessoas com deficiência. Todavia por um lado tais instrumentos eram demasiado gerais (i.e. sem focalizar especificamente esses direitos no contexto da Saúde/HIV e SIDA) e, por outro lado, essas políticas esbarravam no quotidiano com um conjunto de estereótipos e representações sociais negativas à volta das pessoas com deficiência. A esse cenário não é completamente alheio o facto de o financiamento para o sector da Acção Social, como parcela do Orçamento do Estado, ser bastante baixo;
- Como resultado temos uma situação de falta de observância dos direitos das pessoas com deficiência (no contexto do HIV e SIDA) que ancora-se em a) processos de estigmatização social desenvolvidos por diversos actores (família, comunidade, pessoal de saúde, etc), b) auto-estigmatização e baixa auto-estima por parte das pessoas com deficiência, que as torna receosas de lutar pelos seus direitos por medo de simples exposição ou humilhação, e c) ausência objectiva de instrumentos de promoção da inclusão como seriam os casos de (massivas) campanhas de prevenção em todos os formatos apropriados para PcD, receitas e resultados de teste de HIV em Braille, rampas e portas amplas, pessoal de saúde treinado em língua de sinais.

Recomendações

As acções de Advocacia em prol do acesso aos serviços de HIV por parte de pessoas com deficiência devem se situar a três níveis nomeadamente macro, meso e micro:

- *Desenvolver campanhas para uma maior dotação orçamental ao sector.* Através da colaboração com outras redes e plataformas a TV Surdo e a AIPI pode se juntar aos esforços já existentes (junto da Plataforma da Sociedade Civil para a Protecção Social, com apoio da Organização Internacional do Trabalho) defendendo uma maior fatia do orçamento para a Acção Social particularmente fazendo interface com as receitas e rendimentos a serem arrecadados pelo Estado num futuro mais ou menos próximo.
- *Promover uma inclusão mais holística da Pessoa com Deficiência nos Planos Estratégicos de Resposta ao HIV e SIDA.* Apesar de se notar, nos últimos dois Planos, a nominal presença das PcD a mesma ainda acaba por ser bastante cosmética na medida em que a) não ataca as reais necessidades (existe um “enviesamento jurídico” que ignora as necessidades de prevenção) e b) não é consequente no sentido de recolher, analisar e publicar dados sobre as intervenções planificadas.
- *Aumentar acções de sensibilização comunitária.* Por via de palestras ou outros meios de comunicação interactiva e criativa promover campanhas junto às escolas, às unidades sanitárias e aos bairros para desestigmatizar as pessoas com deficiência mostrando as suas capacidades e fraquezas e o quão elas são inerentes a todos os outros membros da comunidade.

Ficha Técnica:

- Título:** Acesso aos serviços de HIV/SIDA por parte das Pessoas com Deficiência em Moçambique;
- Projecto:** Acesso Igual aos Cuidados e Tratamento em HIV/SIDA para Pessoas com Deficiência em Moçambique
- Consultor:** Helder Nhamaze;
- Propriedade:** Associação TV Surdo Moçambique;
- Apoio:** Counterpart International através da USAID.