



UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE DIREITO

PROPOSTA DE TRABALHO DE FIM DO CURSO

Protecção Jurídica da Criança no Contexto da Transmissão Vertical do HIV, Estudo de Caso, Realizado na Província de Maputo, Distrito da Matola (2019-2022)

Monografia a ser apresentado na Faculdade de Direito da Universidade Eduardo Mondlane para a obtenção do grau de Licenciatura em Direito.

Discente:

Gláussia Sara De Carolina Monjane

Supervisora:

Mestre Augusta Eduardo

Maputo, Fevereiro de 2025

Gláussia Sara De Carolina Monjane

Protecção Jurídica da Criança No Contexto da Transmissão Vertical do HIV, Estudo de Caso, Realizado na Província de Maputo, Distrito da Matola (2019-2022)

Supervisora

Mestre Augusta Eduardo

Monografia a ser apresentado na Faculdade de
Direito da Universidade Eduardo Mondlane
para a obtenção do grau de Licenciatura em
Direito.

UNIVERSIDADE EDUARDO MONDLANE

FACULDADE DE DIREITO

Maputo, Fevereiro de 2025

De Autenticidade

Eu, Glàussia Sara De Carolina Monjane, declaro para os devidos fins de direito esta monografia apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Licenciado em Direito, é de minha autoria. Declaro que este trabalho não foi copiado de qualquer outra fonte sem a devida citação, e que todas as informações, ideias e trechos de outros autores foram devidamente referenciados e citados conforme as normas acadêmicas estabelecidas pela Faculdade de Direito Universidade Eduardo Mondlane.

Dedicatória

A minha mãe, Carolina António Muhale.

Pela sua força, amor incondicional e por sempre acreditar em mim, mesmo nos momentos mais difíceis. Esta conquista é, em grande parte, fruto do seu apoio incansável, dos seus sacrifícios e da sua dedicação. Agradeço por ser a minha inspiração diária, pela coragem com que enfrenta a vida e pela sabedoria que compartilha comigo a cada passo. Com todo o meu amor e gratidão, dedico esta monografia a você, que é a minha maior fonte de motivação.

Agradecimentos

Antes de mais sou grata a Deus pelo dom da vida, e por ter me acompanhado durante toda minha trajetória, sou grata pela experiência única que adquiri ao decorrer da minha formação, reconhecendo os esforços de todos que de alguma forma auxiliaram-me.

Sou e serei eternamente grata a minha Mãe Carolina António Muhale, pela dedicação e esforço na minha educação, por nunca ter desistido de mim e sempre ter acreditado em mim em todos os momentos, e por sempre motivar-me a estudar.

Ao Milton (em memória), agradeço por todo apoio e força que sempre deu-me, hoje sigo na base do ensinamento de me esforçar para ser alguém melhor a cada dia.

Aos meus irmãos Gércia, Hévelio, Yunice, Marcela e Armando, que são minha base, minha força e meu apoio constante. Agradeço por estarem sempre ao meu lado, nos momentos de alegria e também nos de dificuldade. Cada um de vocês, com sua maneira única de ser, contribuiu de forma especial para que eu chegasse até aqui. O amor, as risadas e até os desafios que enfrentamos juntos me tornaram mais forte e resiliente. Sem o apoio e a presença de vocês, essa caminhada teria sido bem mais difícil.

Aos meus amigos Sadira Cassimo, Quitéria Zavala, Valter Tomás, Manecas Chiziane, Rosalina Muchanga, Assima Sitol, Carlos Ivan, Sílvia Ferreira, que sempre estiveram ao meu lado, compartilhando risos, desafios e vitórias, igualmente agradeço a Mafalda, ao Vinícius, ao Ludovico e ao Denílson por todo o apoio, pela sabia caminhada que pudemos realizar juntos, e pela força que me deram nos momentos de dificuldade. Cada um de vocês teve um papel fundamental na minha jornada, seja com palavras de encorajamento, seja com a presença constante.

A minha supervisora Mestre Augusta Eduardo, agradeço pela confiança em me guiar em cada etapa do processo, pelas valiosas sugestões, pelas correcções precisas e, principalmente, pela forma generosa com que compartilhou seu conhecimento e sabedoria. Foi uma honra contar com sua supervisão, e sou muito grato por todo o aprendizado proporcionado. Sem sua orientação, este trabalho não teria sido possível. Muito obrigada por tudo!

"Ensina a criança no caminho em que deve andar, e mesmo quando for idosa, não se desviará dele."

Provérbios 22:6

Resumo

A transmissão vertical do HIV, que ocorre de mãe para filho durante a gestação, durante o parto ou a amamentação, representa um desafio significativo para a saúde pública e para os direitos da criança. A Constituição da República de Moçambique de 2004, bem como Lei nº 19/2014, Lei de Protecção da Pessoa e do Trabalhador co HIV e SIDA, e a Lei nº 7/2008, de 9 de Julho, Lei de Bases de Promoção dos Direitos da Criança em Moçambique, reconhecem o direito à saúde como um direito fundamental da criança.

O governo de Moçambique, com apoio de organizações internacionais, implementa programas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, como a oferta de tratamento anti-retroviral durante a gravidez, o parto e a amamentação. O acesso a exames de HIV para mulheres grávidas também está disponível, ajudando a identificar casos de transmissão vertical do vírus.

Entretanto, a disponibilidade e acessibilidade dos serviços de saúde podem ser limitadas em algumas regiões, especialmente nas áreas mais remotas do país. As mulheres e crianças, especialmente em contextos rurais, podem enfrentar dificuldades para acessar serviços de saúde de qualidade, como a realização de exames e o recebimento do tratamento adequado, bem como o acesso aos testes de HIV e ao seu tratamento, revela ao fundo várias questões que além de suscitarem lacunas legais, causam também uma série de violações dos direitos em relação a criança, logo apesar dos avanços no acesso ao tratamento e na conscientização sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV, ainda existem lacunas significativas na aplicação da legislação e nas práticas de protecção da criança.

Palavras-chave : Transmissão vertical do HIV, direitos da criança, lacunas legais, protecção da criança.

Abstract

Vertical transmission of HIV, which occurs from mother to child during pregnancy, childbirth or breastfeeding, represents a significant challenge to public health and children's rights. The Constitution of the Republic of Mozambique of 2004, as well as Law No. 19/2014, Law on the Protection of Persons and Workers against HIV and AIDS, and Law No. 7/2008, of July 9, the Basic Law on the Promotion of Children's Rights in Mozambique, recognize the right to health as a fundamental right of children.

The Mozambican government, with the support of international organizations, implements programs to prevent mother-to-child transmission of HIV, such as offering antiretroviral treatment during pregnancy, childbirth and breastfeeding. Access to HIV tests for pregnant women is also available, helping to identify cases of vertical transmission of the virus.

However, the availability and accessibility of health services can be limited in some regions, especially in the most remote areas of the country. Women and children, especially in rural contexts, can face difficulties in accessing quality health services, such as getting tested and receiving appropriate treatment, as well as access to HIV testing and treatment, revealing a number of issues that not only give rise to legal loopholes, but also cause a number of violations of children's rights, so despite advances in access to treatment and awareness of the prevention of mother-to-child transmission of HIV, there are still significant gaps in the application of legislation and child protection practices.

Keywords: Vertical transmission of HIV, children's rights, legal gaps, child protection.

Abreviaturas

ARV- Antirretrovirais

CCS – Centro de Colaboração em Saúde

CDC-Convecção dos Direitos das Crianças

CPN- Cuidados Pré-Natal

CRM- Constituição da República de Moçambique

COVID 19 - Doença Infecciosa do Coronavírus 2019

DPI- Diagnóstico Precoce Infantil

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

ISTS- Infecções Sexualmente Transmissíveis

MISAU- Ministério da Saúde

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

ONUSIDA- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

PTV- Prevenção da Transmissão Vertical

PNS- Plano Nacional de Saúde

PNVT- Estratégia Nacional da Transmissão Vertical

SIDA- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

TARV- Tratamento Antirretroviral

Expressões em latim

Et al- E outros

Ibidem -Mesma Obra, mesma página

Op. Cit / Opus Citatu- Obra citada

Conditio sine qua non- Condição indispensável para verificação de um evento.

Índice

De Autenticidade	i
Dedicatória	ii
Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	v
Abstract	vi
Abreviaturas	vii
Expressões Em Latim.....	viii
1.Introdução/ Contextualização.....	4
1.1.Delimitação Temporal.....	5
1.2.Delimitação Espacial.....	5
1.3.Problema Jurídico.....	5
1.3.1.No Plano Universal	6
1.3.2.No Plano Nacional	6
1.4.Objetivos	Erro! Marcador não definido.
1.5.Hipóteses	7
1.6.Metodologia De Pesquisa.....	8
1.6.1.Estrutura Do Trabalho	8
Capitulo I- Direitos Das Crianças Como Direitos Humanos	9
1.Direitos Humanos E Direitos Fundamentais.....	9
1.1.Definições	9
1.1.1.Historia E Evolução Dos Direitos Humanos.....	10
1.1.2.Declaração Universal Dos Direitos Humanos (1948)	10
1.2.Princípio Do Interesse Superior Da Criança	11
1.2.1.Características E Implicações Do Princípio	12
1.3.Transmissão Vertical Do HIV	14
1.3.1.Durante A Gestação (Intra-Uterina)	14
1.3.2.Durante O Parto (Perinatal):.....	14
1.3.3.Durante A Amamenta�o (Pós-Natal):	15
Capitulo II- Protecção Jurídica Da Criança No Contexto Da Transmissão Vertical Do HIV	16
2.1. A Protecção Jurídica Da Criança.....	16
2.2. Direito � Vida E Direito � Saúde.....	16
2.3. Politicas E Programas Nacionais De Saúde	18
2.3.1. Política Nacional De Saúde (PNS).....	18
2.3.2. Plano Estratégico Nacional De Resposta Ao HIV/SIDA	18
2.3.3. Programa Nacional De Prevenção Da Transmissão Vertical Do HIV (PTV).....	19
2.3.4. Plano Nacional De Eliminação Da Transmissão Vertical Do HIV E Sífilis.....	19
2.3.5. Política Nacional De Saúde Materno-Infantil	20

2.3.6. Estratégias De Educação E Sensibilização.....	20
2.4. Legislação Internacional De Proteção Dos Direitos Da Criança, Leis De Proteção Da Criança No Contexto Da Transmissão Vertical.....	21
Capítulo III- Aspetos Jurídicos Da Proteção E Promoção Dos Direitos Da Criança Em Relação Ao HIV.....	25
3.1.As Responsabilidades Do Estado.....	25
3.2.Sistema De Diagnóstico De HIV Nas Crianças, Como Parte Da Promoção Dos Direitos Da Criança.....	27
3.2.1.Aconselhamento, Testagem E Tratamento Para O HIV	27
3.2.2.Consentimento, Responsabilidade Dos Pais E Tutores Legais	28
Capítulo IV- Estudo De Caso	30
4.1. Metodologia: Descrição Das Entrevistas	30
4.2. Acesso A Testagem E Tratamento, O TARV Pediátrico (Tratamento Antirretroviral Nos Menores De 0-11 Anos)	31
4.2.1. A Complexidade Do Consentimento No TARV Pediátrico E Suas Implicações Legais Para Os Direitos Das Crianças	32
5. Conclusão.....	37
6. Sugestões.....	38
7. Referência Bibliográficas	39
7.1. Legislação	Erro! Marcador não definido.
7.2. Legislação internacional.....	40
7.3. Sítios da internet.....	40
7.4. Outras Fontes	41

1. Introdução/ Contextualização

A última década foi caracterizada por progressos significativos na implementação e realização dos direitos da criança em Moçambique. O país logrou alcançar resultados importantes em várias áreas de promoção e protecção dos direitos da criança, desde o estabelecimento e fortalecimento de um quadro político e legal adequado, o incremento do orçamento público que permitiu uma maior disponibilização e acesso aos serviços sociais básicos para as crianças, a crescente consciência pública e social sobre o valor humano da criança na sociedade, incluindo a sua própria participação em processos que lhes dizem directamente respeito, são alguns desses progressos alcançados. Contudo, muitos desafios permanecem para a concretização dos direitos da criança no país.

Em 2016, Moçambique adoptou a estratégia “Testar e Iniciar” (expansão concluída até finais de 2018) e as metas 90-90-90¹ da ONUSIDA. Relativamente à Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), o programa nacional começou em 2004. Em 2011, o país endossou o Plano Global para eliminação de novas infecções em crianças e manter as suas mães vivas. Foi elaborado um Plano Nacional em 2012 destinado a eliminação da transmissão vertical do HIV para o período 2012-2015, com dois objectivos principais: aumentar a cobertura do TARV na PTV para 90% e reduzir a Transmissão de Mãe para Filho (TV) para menos de 5%. Embora os dois objectivos não tivessem sido alcançados, registou-se um progresso considerável durante a implementação do plano, especialmente no que diz respeito à testagem e cobertura do TARV nos Cuidados Pré-natais (CPN) e na cobertura do Diagnóstico precoce infantil (DPI). Foi adoptada a Opção B+ em 2013 e foi expandida desde essa altura, abrangendo 97% das unidades sanitárias que oferecem PTV em finais de 2018.

Em 2018 foi aprovado um Plano de Aceleração para a Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis 2018-2020, como um documento de política de transição para nortear a implementação da PTV, enquanto o plano actual está a ser elaborado.

¹ As metas '90 -90-90' da ONUSIDA exige que 90% dos indivíduos infectados pelo HIV sejam diagnosticados até 2020, 90% dos quais estarão em terapia anti-retroviral (TARV) e 90% dos quais alcançarão supressão virológica sustentada. Alcançar essas metas até 2020 reduzirá a epidemia de HIV a uma doença endémica de baixo nível até 2030. No entanto, mover a resposta global em direcção a este modelo universal de teste e tratamento representará enormes desafios para os sistemas de saúde pública em ambientes com recursos limitados, incluindo global e sistemas locais da cadeia de abastecimento. Esses desafios são especialmente graves na África, que representa mais de 70% das pessoas afectadas pelo HIV.

1.1. Delimitação temporal

O tema, “Protecção Jurídica da Criança no contexto da Transmissão Vertical do HIV (2019 – 2022) ”, suscita-se entre o período da pandemia da Covid-19², momento de restrição que forçou de o abandono de tratamento da ARV como parte PTV prevenção de transmissão vertical de mães no Serviço Nacional de Saúde e o período posterior da Covid-19.

1.2. Delimitação espacial

O cenário por detrás da temática protecção jurídica da criança no contexto da transmissão vertical do HIV, tem-se verificado um pouco por todo o país, em particular na província de Maputo, distrito da Matola. A escolha do local prende-se com o facto da autora ter participado no estágio como conselheira de saúde e testagem na comunidade, no bairro de Patrice Lumumba e T3 no período de Abril de 2018 a Setembro de 2018. Ao decorrer do estágio a autora constatou que em várias famílias onde o teste foi consentido em crianças, na sua maioria eram crianças portadoras do HIV, algumas já em situação de saúde deplorável, dentre as situações mais marcantes, às das mães que sabendo que são seropositivas e suas crianças também se recusavam a aderir ao tratamento por temer represálias, estigma e discriminação das suas famílias e até mesmo dos seus parceiros. Foram inúmeros casos vivenciados em pouco tempo, mas que no final revelaram que apesar da existência de leis que regulem a protecção dos direitos das crianças com HIV, este grupo de crianças não está ilesas as falhas que estas mesma leis apresentam.

1.3. Problema Jurídico

O problema que se levanta em sede deste trabalho de final do curso, é que Moçambique é um dos países com maior índice de infeccionados pelo HIV³, com grande foco para a

² Moçambique tem o terceiro maior fardo das novas infecções pelo HIV, as estimativas do Governo referentes a 2021, mostram que o país tem um total de 2,4 milhões de pessoa vivendo com o HIV, das quais 150.000 são crianças de 0-14 anos, in <https://www.unicef.org/mozambique> acessido no dia 12 de Janeiro 2025.

³ Em Moçambique há actualmente mais de um milhão e quinhentos mil pessoas infectadas pelo HIV (ONUSIDA, 2015), estimando-se em 110.000 o número de crianças de 0-14 anos vivendo com o HIV (UNAIDS, 2016). Em termos epidemiológicos, a infecção do HIV em Moçambique é generalizada, mas considerada estável desde 2015, com uma prevalência de 13,2% em adultos de 15-49 anos de idade. A região sul de Moçambique é a mais severamente afectada pelo HIV, destacando-se a província de Gaza, com uma taxa de prevalência de 24,4%. A prevalência do HIV é mais elevada nas mulheres do que nos homens (13% e 9,2% respectivamente), tanto na área urbana como na rural (IMASIDA, 2015). Em 2002 foi iniciada a implantação do programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV), em oito (8) unidades sanitárias. Em 2004, a PTV foi integrada ao Plano Estratégico Nacional de Saúde, e em 2006 aos Serviços de Saúde Materno-Infantil. Em 2007, o País adoptou um Plano de expansão acelerada da PTV. Em 2003, o Ministério da Saúde introduziu os serviços de tratamento anti-retroviral para adultos (pacientes maiores de 15 anos) e crianças (de 0-14 anos). Em 2011, apenas 22% das crianças elegíveis estavam em TARV pediátrico. Em 2013 o Ministério da Saúde iniciou o acesso universal aos anti-retrovirais a todas as crianças menores de 5 anos infectadas pelo HIV (ONUSIDA, 2013). Ainda em 2011, o Governo uniu esforços com

transmissão vertical, sendo assim, desde o ano de 2012, registou-se um avanço significativo na prevenção da transmissão vertical de mãe para filho (PTV), desde o lançamento do primeiro Plano de Eliminação da Transmissão Vertical: a testagem e tratamento do HIV em mulheres grávidas e lactantes totalmente integrados nos serviços de Saúde Materno-infantil, com uma cobertura muito elevada de testagem e início do TARV, o acesso ao diagnóstico precoce infantil aumentou substancialmente.

No entanto, apesar de todas estas realizações, estima-se que durante o ano de 2018, no país houve 16.000 novas infecções pelo HIV que tenham ocorrido em crianças, através da transmissão de mãe para filho, este facto deu-se devido a fraca adesão ao TARV em mulheres grávidas e lactantes que vivem com o HIV, resultando em baixos níveis de supressão viral, identificada como sendo o maior desafio⁴.

Em Moçambique o quadro jurídico é orientado por uma Constituição da República que garante um conjunto de direitos e estes são incorporados na resposta nacional ao HIV. Existem outros dispositivos legais e políticas de protecção dos direitos humanos no contexto do HIV, no plano universal e nacional.

1.3.1. No Plano Universal

- Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) -ONU (1989);
- Declaração de Compromisso sobre HIV/SIDA da ONU (2001);
- O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS);
- Plano de Acção Global para Crianças e HIV (OMS e UNAIDS).

1.3.2. No plano Nacional

- Constituição da República de Moçambique (2004);
- Lei n.º 18/2007 – Lei de Protecção e Promoção dos Direitos da Criança;
- Lei n.º 19/2014 Lei de Protecção da Pessoa e do Trabalhador com HIV e SIDA;
- Plano Estratégico Nacional de Luta contra o HIV-SID (PEN-LCA 2021-2025);
- Política Nacional de Saúde Sexual Reprodutiva (2011);

outras nações comprometidas do mundo na luta por um mundo livre do SIDA e assumiu os compromissos internacionais incluindo “Acesso Universal ao TARV” e a “Eliminação de Transmissão Vertical de HIV” até 2015. Estes compromissos obrigavam os países a alcançarem até 2015 80% de cobertura do TARV adulto e pediátrico; redução da transmissão vertical do HIV (transmissão de mãe para filho) para menos de 5% e redução em 50% do número de novas infecções por HIV.

⁴ Anuário Estatístico 2017. Instituto Nacional de Estatística., pág. 58

- Protocolos e Directrizes Clínicas do Ministério da Saúde (2019);
- Programas de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV 2022-2025) .

Ainda assim com todo este quadro jurídico e apesar da grande preocupação com a criança portadora do HIV, este grupo de crianças não deixa de sofrer discriminação e estigmatização, falta de suporte psico-emocional. Os que mais relevam para a esta pesquisa são as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde embora as políticas públicas ofereçam um quadro geral de atendimento à saúde para crianças vivendo com HIV, o acesso a medicamentos anti-retrovirais e serviços especializados nem sempre é garantido, no caso das crianças portadoras do HIV está condicionado ao consentimento dos seus pais ou tutores legais, ou seja não podem as crianças ter acesso a testagem para o diagnóstico do HIV e nem podem aderir ao tratamento sem este consentimento, esta situação acaba condicionando o direito e a saúde da criança, revelando as deficiências no cumprimento da leis voltadas a temática da protecção da criança HIV positiva e seu monitoramento.

Face ao exposto acima, surge a seguinte questão de partida: *Como é que o sistema jurídico Moçambicano assegura a protecção da criança, no contexto da transmissão vertical do HIV, tendo em conta os seus direitos fundamentais?*

1.4. Objectivos

O presente trabalho tem como objectivo **geral**: Pesquisar os mecanismos legais voltados a protecção da criança, bem como sua eficácia diante da transmissão vertical do HIV; **especificamente** (i) Compreender a transmissão vertical do HIV e os seus mecanismos; (ii) Analisar o quadro jurídico responsável, pela protecção da criança portadora do HIV em Moçambique (iii) Identificar as responsabilidades do Estado (Profissionais de saúde), e dos pais (consentimento), na promoção e garantia do cumprimento dos direitos da criança portadora do vírus do HIV; (iv) Apresentação e análise dos resultados do estudo de caso, realizado pela licencianda na província de Maputo, distrito da Matola.

1.5. Hipóteses

- Um dos principais desafios enfrentados pelo sistema de saúde em Moçambique para proteger as crianças contra a transmissão vertical do HIV seria o consentimento dos pais?
- Qual o papel do Estado moçambicano na protecção jurídica da criança nascida com HIV ou em risco de transmissão vertical?

- Será que o direito à saúde é garantido para as crianças com HIV em Moçambique?

1.6. Metodologia de Pesquisa

A presente pesquisa adopta uma abordagem qualitativa, com o objectivo de analisar a problemática do tema, a partir de duas vertentes principais: uma análise teórica, por meio da pesquisa bibliográfica, e uma abordagem prática, por meio de um estudo de caso baseado em entrevistas. A combinação dessas abordagens visa proporcionar uma compreensão profunda e abrangente do tema em estudo, confrontando a teoria com a realidade prática⁵.

1.6.1. Estrutura do Trabalho

O trabalho compreende quatro capítulos. O primeiro capítulo, com o título Direitos das Crianças como Direitos Humanos, neste capítulo se irá apresentar: os de conceitos dos direitos humanos e direitos fundamentais, sua evolução, o princípio do interesse superior da criança, o conceito da transmissão vertical, bem como seus mecanismos, o segundo capítulo com o título Protecção Jurídica da Criança no Contexto da Transmissão Vertical do HIV, onde neste capítulo apresentar-se-á: discussão sobre os direitos da criança, a questão do direito à saúde, o direito à saúde como corolário do direito à vida, políticas e programas nacionais de saúde; legislação internacional de protecção dos direitos da criança. No terceiro capítulo, com o tema Aspectos Jurídicos da Protecção e Promoção dos Direitos Da Criança com HIV, onde vai se discutir: as responsabilidades do Estado, responsabilidade dos pais, o consentimento, o sistema de diagnóstico e tratamento. O quarto e último capítulo com o título Estudo de caso, onde se irá apresentar: os dados de pesquisa, obtidos por via de entrevistas nas seguintes instituições: CCS, MISAU, Ariel Glaser, Unidade sanitária da Machava I.

⁵ LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade, *Metodologia Científica*, 7ª ed. São Paulo: Atlas, pág. 58

Capítulo I- Direitos Das Crianças Como Direitos Humanos

1. Direitos Humanos e Direitos Fundamentais

1.1. Definições

A prior é importante não descorar da ideia que existe um debate doutrinário no que diz respeito a noção dos direitos humanos e direitos fundamentais, sendo que muitas vezes estes são confundidos, apesar de se tratar de situações diferentes.

Pode dizer-se que os direitos humanos são aqueles direitos e liberdades que as pessoas detêm pelo simples facto de serem dotadas de carácter humano, possuindo uma natureza essencial para garantir a existência do indivíduo. Para além disso, considera-se que tanto os direitos fundamentais como os direitos humanos estão intimamente ligados a uma visão de igualdade e de liberdade dos indivíduos⁶.

Os direitos fundamentais são direitos jurídico - institucionalmente garantidos e limitados espaço-temporalmente, são direitos objectivamente vigentes numa ordem jurídica concreta⁷.

Os direitos fundamentais são os direitos ou as posições jurídicas subjectivas das pessoas enquanto tais, individual ou institucionalmente consideradas, assentes na Constituição, seja na Constituição formal, seja na Constituição material donde direitos fundamentais em sentido formal e direitos fundamentais em sentido material ⁸. Para esta posição doutrinaria os direitos fundamentais não se resumem tão somente aos que estão plasmados na constituição, ou seja, seu sentido formal, uma vez que os direitos fundamentais representam a essência da dignidade humana, assim sendo sua validade não necessitam de consagração em nenhum instrumento jurídico, em si eles tem seu valor, existem independentemente de qualquer ente jurídico e até mesmo da vontade do seu titular. Esta posição doutrinaria vai de encontro com a ideia de que os direitos fundamentais vão além dos que estão consagrados em uma constituição, o legislador moçambicano abraçou esta posição, nos termos do artigo 42 da CRM que “os direitos fundamentais consagrados na Constituição não excluem quaisquer outros constantes das leis”.

⁶ Para reflexões sobre a natureza filosófica dos direitos humanos, ver, Jeremy Waldron(1984), *Theories of Rights* (New York: Oxford University Press), Pág. 145

⁷ SILVA, José Afonso da (2006) *Direitos Humanos e o Constitucionalismo Brasileiro*. 4. ed. São Paulo: Malheiros, pág. 59

⁸ MIRANDA, Jorge.(2000) *Manual de Direito Constitucional*. Tomo IV. 3ª ed. Coimbra editora, p.7.

Essas ultimas duas posições doutrinarias elucidam a ideia de que os direitos fundamentais são territoriais ao passo que os direitos humanos extravasam fronteiras. Os direitos fundamentais, por outro lado, são aqueles direitos reconhecidos em constituições e em legislações nacionais que visam proteger a dignidade e as liberdades dos indivíduos dentro de um Estado, a principal diferença entre direitos humanos e direitos fundamentais reside no fato de que, enquanto os primeiros têm um carácter universal, aplicável a todas as pessoas independentemente da jurisdição, os direitos fundamentais se aplicam geralmente dentro de um país que adopte tais direitos em sua constituição⁹.

Portanto pode-se notar que enquanto os direitos humanos tem uma abrangência internacional e universal, os direitos fundamentais são positivados na ordem jurídica interna de um Estado.

1.1.1. História e Evolução dos Direitos Humanos

O surgimento dos direitos humanos foi um processo gradual, que se desenvolveu ao longo da história através de diversos momentos e transformações sociais, filosóficas e políticas.

1.1.2. Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948)

O ponto culminante na história dos direitos humanos veio após a Segunda Guerra Mundial, com as atrocidades cometidas durante o conflito, como o Holocausto, o que demonstrou a necessidade urgente de uma protecção universal dos direitos humanos. A fundação da ONU (1945), a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) teve como objectivo promover a paz e os direitos humanos globalmente, a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948). A ONU adoptou a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que estabeleceu direitos e liberdades para todas as pessoas, independentemente de sua nacionalidade, raça, religião ou sexo. Esta declaração é considerada um marco fundamental na história dos direitos humanos, estabelecendo direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais.

Apesar dos avanços significativos, os direitos humanos ainda enfrentam muitos desafios no mundo contemporâneo. Violação dos direitos civis e políticos, discriminação, conflitos armados e outras questões continuam a ser desafios globais. No entanto, os direitos humanos continuam sendo um padrão universal de dignidade humana, sendo

⁹ Vital Moreira e Carla de Marcelino Gomes (2013), eds., Compreender Os Direitos Humanos: Manual de Educação Para Os Direitos Humanos pág. 58.

defendido por governos, organizações internacionais e activistas. O conceito moderno de direitos humanos surgiu por meio de uma longa evolução histórica, influenciada por transformações políticas, sociais e filosóficas, desde os primeiros códigos de leis da antiguidade até a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948. Ao longo da história, movimentos como a abolição da escravidão, a luta pelos direitos das mulheres e os direitos civis e políticos contribuíram para a construção do conceito actual de direitos humanos, que visa garantir dignidade e igualdade para todos os indivíduos, independentemente de sua origem ou condição, a DUDH, ao afirmar no seu artigo 1 que "todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos" estabelece que a dignidade humana é universal, isso implica que, independentemente da idade, todos os seres humanos têm direito a serem respeitados, ao aplicar este princípio à infância, torna-se claro que as crianças, como grupo particularmente vulnerável, têm direitos próprios que precisam ser protegidos de maneira especial, a ideia de que todas as pessoas, sem distinção, devem ter seus direitos respeitados também se aplica aos direitos específicos das crianças¹⁰.

1.2. Princípio do Interesse Superior da Criança

O princípio do interesse superior da criança foi formalmente reconhecido e consolidado na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adoptada pela Assembleia Geral da ONU em 1989. O princípio do interesse superior da criança visa assegurar que as necessidades, direitos e o bem-estar da criança sejam priorizados em todas as situações que a envolvam. Ele está relacionado ao reconhecimento de que as crianças são seres vulneráveis. O número 1 do artigo 3 da Convenção sobre os Direitos da Criança, com a seguinte enunciação *"Em todas as acções relativas às crianças, seja por instituições públicas ou privadas de bem-estar social, tribunais, autoridades administrativas ou legislativas, a consideração primordial deverá ser o interesse superior da criança."* Este artigo consagra o interesse superior da criança como uma directriz central em todas as medidas e decisões que envolvem crianças. Ele obriga os Estados parte a considerar o interesse de forma primordial em qualquer acção voltada ao cuidado, protecção, ou bem-estar da criança, ou seja espelha o teor do princípio superior da criança, este artigo é fundamental porque reconhece que as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitam de uma abordagem específica que garanta seus direitos e seu bem-estar em todas as

¹⁰ MALUF, Maria Lúcia de Oliveira. Direitos Humanos (2011) : Teoria e Prática. São Paulo: Editora Atlas.p. 45

decisões que envolvam sua vida, seja no âmbito familiar, social, educativo ou jurídico¹¹. A CRM de 2004, reconhece a primazia dos direitos da criança e assegura, no artigo 121, a protecção integral da criança, como um direito fundamental. A Constituição busca assegurar que o interesse superior da criança seja considerado em todas as políticas públicas e decisões que a envolvam as crianças. O número 1 do artigo 9, da Lei de Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, que dispõe o seguinte "*na interpretação da presente lei deve ter-se em conta os superiores interesses da criança, os fins sociais a que ele se dirige as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e colectivos e a condição especial da criança como pessoa em desenvolvimento*". Este artigo expressa de forma directa a importância de priorizar o bem-estar e o desenvolvimento integral das crianças em qualquer contexto.

1.2.1. Características e Implicações do Princípio

O princípio do interesse superior da criança possui várias características e implica um conjunto de medidas e acções que devem ser tomadas pelos Estados, autoridades e instituições. As características deste princípio são¹²:

- **Protecção Contra a Violação de Direitos**

O princípio exige que as crianças sejam protegidas contra qualquer forma de abuso, exploração ou negligência, e que as decisões, como a guarda de crianças ou sua adopção, por exemplo, sejam tomadas com foco em suas necessidades emocionais e físicas.

Implicações: Nos termos da CRM no seu artigo 121, número 1 conjugado com os artigos 6 e 64 ambos da Lei da Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, nota-se o compromisso em relação à não violação dos direitos da criança, de qualquer forma que seja tal violação.

¹¹ De acordo com o Comité dos Direitos das Crianças, os Estados estarão vinculados a três obrigações distintas decorrentes do artigo 3.º da CDC. Primeiramente, deverão garantir que o superior interesse da criança é integrado e aplicado em cada acção levada a cabo por qualquer instituição pública. Em segundo lugar, os Estados estarão vinculados a assegurar que qualquer decisão judicial ou administrativa respeitante à criança seja reflexo de que o seu superior interesse foi a consideração primordial tida em conta. Por fim, os Estados estão incumbidos de assegurar o interesse da criança foi consideração primordial em qualquer decisão ou acção que afecte a sua pessoa tomada por instituições privadas.

¹² PINEHIRO, Jorge Duarte(2016), Direito da Família Contemporâneo, 5.ª Edição, Coimbra, Almedina, pág. 79.

- **Participação da Criança em Decisões Ligadas a sua Vida**

Embora as crianças não tenham a mesma capacidade de tomada de decisões que os adultos, o princípio também envolve ouvir e levar em conta a opinião das crianças, de acordo com sua idade e maturidade. Esse direito de participar das decisões que afetam suas vidas é fundamental para garantir sua dignidade e autonomia.

Implicações: No âmbito do consentimento a testes médicos para as crianças dos 11 aos 18 anos que nos termos da Lei de Protecção da Pessoa e do Trabalhador com HIV e SIDA, no artigo 26 número 3, com o seguinte teor “*aos menores de idade compreendida entre 11-18 anos, é-lhes assegurado a possibilidade de aceitarem ou não a permissão dos pais ou tutores legais para realização do teste*”, esta disposição espelha a participação do menor em questões relativas a sua saúde.

- **Proibição de Discriminação**

Esse princípio também implica a eliminação de qualquer forma de discriminação que possa afectar crianças com base em sua origem, etnia, género, status social ou qualquer outra característica, garantindo que todos os direitos sejam acessíveis igualmente a todas as crianças. A Convenção sobre os Direitos da Criança, adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Moçambique, proíbe a discriminação de qualquer tipo contra a criança.

Implicações: O artigo 2º da CDC estabelece que todos os direitos da criança devem ser garantidos sem discriminação de qualquer tipo, seja por parte do Estado, da sociedade ou dos pais, a CRM nos seus artigos 35 e 121 número 2, reforça a ideia da não discriminação e igualdade de tratamento.

A discriminação quando se trata de crianças portadoras do HIV, bem como à temática transmissão vertical do HIV não pode ser tratada apenas como um problema médico, mas também como uma questão de direitos humanos. Neste contexto, a protecção dos direitos das crianças exige um olhar atento para as questões sociais, jurídicas e de saúde pública, a fim de garantir que as crianças que nascem com HIV ou que foram expostas ao vírus não sejam alvo de estigmatização e exclusão social¹³.

¹³ BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). *Manual de Aconselhamento Pré-Teste e Pós-Teste em HIV/AIDS: Aconselhamento para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, pág. 45

As crianças infectadas pelo HIV frequentemente enfrentam exclusão social, não apenas devido à sua condição de saúde, mas também devido à discriminação social relacionada ao HIV dos pais. A transmissão vertical representa um desafio importante para a saúde infantil, uma vez que muitas dessas crianças são diagnosticadas com o HIV logo após o nascimento, sendo necessárias intervenções imediatas para melhorar suas chances de vida¹⁴.

1.3. Transmissão Vertical Do HIV

A transmissão vertical do HIV é responsável pela maior parte dos casos de infecção por HIV em crianças menores de 5 anos. A transmissão vertical é um fenómeno complexo e multifactorial, envolvendo factores biológicos, clínicos e comportamentais, e representa uma das principais preocupações em relação à saúde materno-infantil em contextos de HIV¹⁵. A transmissão vertical pode ocorrer de três formas principais¹⁶:

1.3.1. Durante a Gestação (Intra-Uterina)

O HIV pode ser transmitido do sangue materno para o feto através da placenta. A probabilidade de transmissão intra-uterina depende, entre outros factores, da carga viral da mãe (quanto mais alta a carga viral¹⁷, maior o risco de transmissão), do estágio da infecção e da presença de outras condições de saúde, como infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

1.3.2. Durante o Parto (Perinatal)

O risco de transmissão aumenta significativamente durante o trabalho de parto e o nascimento, quando o bebé pode entrar em contacto com fluidos corporais infectados da mãe, como sangue, fluídos vaginais e secreções cervicais.

¹⁴ Ibidem, pág 45

¹⁵ Vaz. Paula et al,(2011) Manual De Tratamento da Criança Com Infecção do HIV (Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA), 2º edição, pág. 27

¹⁶ Ibidem, pág. 28

¹⁷ A carga viral refere-se à quantidade de vírus presente no sangue de uma pessoa, geralmente medida em unidades de cópias do RNA (quantidade de material genético) viral por mililitro de sangue (cópias/ml). No contexto do HIV, a carga viral é um indicador importante para monitorar a replicação do HIV no organismo, ou seja, a quantidade de vírus circulante no corpo.

1.3.3. Durante a Amamentação (Pós-Natal)

O HIV pode ser transmitido através do leite materno, o que representa uma preocupação significativa em áreas com alta prevalência do HIV. O risco de transmissão durante a amamentação pode ser maior se a mãe tiver uma carga viral elevada ou se tiver úlceras nos seios. Contudo, o risco pode ser substancialmente reduzido quando a mãe utiliza tratamentos anti-retrovirais e, em alguns contextos, quando alternativas ao aleitamento materno, como fórmulas infantis, são disponibilizadas. Explorar os modos em como se efectiva transmissão vertical do HIV elucida sobre como os direitos relativos a criança são uma preocupação que abrangem a fase da gestação. O pré-natal, que abrange o acompanhamento da gestante durante a gravidez, é uma das etapas fundamentais para garantir a protecção do concepturo¹⁸. Durante o pré-natal, as gestantes têm acesso a cuidados médicos e intervenções necessárias para monitorar a saúde do feto e prevenir complicações que possam colocar em risco a vida ou o bem-estar do nascituro. O diagnóstico precoce nas gestantes possibilita o tratamento ainda em uma fase inicial aumentando o nível de eficiência dos medicamentos e as chances da criança nascer livre do HIV, a transmissão do vírus do HV pode ocorrer a qualquer fase da gestação, até mesmo durante o parto e durante a amamentação que é posterior a gestação¹⁹. No entanto agindo desta forma assegura-se o direito à saúde da criança nos termos do artigo 89 da CRM, e ainda promove-se o normal crescimento da criança livre da doença nos termos dos artigos 11, 12 e 13 número 1 ambos da Lei nº 7/2008 de 9 de Julho.

¹⁸ O concepturo é o termo jurídico utilizado para se referir ao ser humano ainda não nascido, ou seja, ao embrião ou feto durante o período da gestação. O conceito de concepturo está relacionado com a fase inicial do desenvolvimento humano, antes do nascimento.

¹⁹ Maria Teresa Araujo (2003). Aids Congress: SIDA no feminino - contracepção, gravidez e intenção de ter filhos. U. Coimbra. Lisboa, pág. 84

Capítulo II- Protecção Jurídica Da Criança No Contexto Da Transmissão Vertical Do HIV

2.1. A Protecção Jurídica da Criança

Falar da protecção jurídica da criança no contexto da Transmissão vertical do HIV, é antes de mais falar dos direitos da criança²⁰, na medida em que têm sido uma questão central nas discussões sobre os direitos humanos, principalmente após a adopção da Convenção sobre os Direitos da Criança pela Assembleia Geral da ONU, em 1989. O reconhecimento de que as crianças possuem direitos específicos, devido à sua condição de vulnerabilidade, foi um avanço importante no campo dos direitos humanos. No entanto, a implementação efectiva desses direitos ainda enfrenta desafios significativos, e diversas abordagens teóricas e práticas têm sido discutidas ao longo do tempo. Neste ponto buscaremos abordar os principais aspectos do reconhecimento e da protecção dos direitos da criança.

2.2. Direito à Vida e Direito à Saúde

Antes de mais é importante ter em consideração o que é a saúde, segundo a OMS , a saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”. Esta definição permite uma compreensão complexa do que é a saúde e do que pode constituir violação deste direito. Com efeito, o direito à saúde está ligado a muitos direitos, e insta que se crie um conjunto de facilidades, condições, bens e serviços necessários para o indivíduo se realizar como pessoa humana²¹.

O direito à saúde está directamente ligado ao direito à vida, um dos direitos humanos fundamentais, pois sem o acesso à saúde, a preservação da vida pode ser comprometida. A Constituição da República de Moçambique de 2004, que é a norma suprema do país, estabelece no seu artigo 34 o direito fundamental à vida "*toda pessoa tem direito à vida e à integridade física e moral*" e, consequentemente, também afirma que o Estado deve garantir o direito à saúde como parte do seu dever de proteger a vida humana. Desta

²⁰ Os direitos das crianças são os direitos humanos fundamentais que garantem a protecção, o bem-estar e o desenvolvimento integral das crianças. Esses direitos são reconhecidos internacionalmente como direitos inalienáveis e universais, que devem ser assegurados a todas as crianças, independentemente de sua origem, religião, etnia, condição social ou qualquer outra característica. Os direitos das crianças visam proteger sua infância e garantir que elas possam crescer em um ambiente saudável, seguro e livre de abusos.

²¹ <https://ddesenvolvimento.com/portfolio/saude/> acessado: 14 de Janeiro de 2025, as 20: 50

disposição pode-se perceber o grande comprometimento do Estado em relação ao direito à vida bem como no dever do Estado de proteger à vida humana.

Portanto pode-se aceitar que o direito à saúde é, um corolário do direito à vida, pois se uma pessoa não tem acesso a cuidados de saúde adequados, a sua vida e a sua dignidade ficam ameaçadas. A efectivação do direito à saúde é, então, uma obrigação estatal para garantir que cada indivíduo tenha a oportunidade de viver com a melhor qualidade de vida possível e de sobreviver a doenças e situações de risco.

O Artigo 89º da CRM de 2004 com epígrafe Direito à Saúde estabelece, “Todos os cidadãos tem o direito à assistência médica e sanitária, nos termos da lei, bem como o dever de promover e defender a saúde pública.” Com base nesta disposição constitucional, pode-se notar que o direito a saúde é um direito fundamental universal, a medida em que abrangem a generalidade, o Estado dentro das suas capacidades, cria meios para satisfação do direito à saúde para todos os cidadãos mas, dado que as crianças são particularmente vulneráveis, esse direito deve ser interpretado de forma a proporcionar cuidados de saúde especializados e acessíveis, especialmente para as crianças expostas ao HIV, seja durante o parto ou pela amamentação. O direito à saúde propõe que o Estado crie condições para proteger essas crianças dos efeitos devastadores do HIV, incluindo a oferta de prevenção da transmissão vertical e tratamento adequado em caso de infecção.

Kofi Annan, ex-Secretário Geral da ONU, em diversos discursos e relatórios da Organização das Nações Unidas, afirmou que:²² *"A saúde das crianças é a base para um futuro saudável. O direito à saúde infantil não é apenas um direito de sobrevivência, mas uma questão de desenvolvimento integral e igualdade de oportunidades"*.

Estas abordagens evidenciam a ideia de que o à direito saúde infantil no caso da criança HIV positivo ou em caso de exposição não deve ser visto apenas como um acesso ao tratamento, mas como uma condição para o desenvolvimento integral da criança, podendo se chamar a teoria da protecção integral da criança, esta teoria reconhece a criança como um sujeito de direitos, e não apenas como um objecto de protecção, nesse contexto, a saúde infantil é vista como uma prioridade para a promoção do desenvolvimento da

²² Annan, K. (2001). "Global Health: Challenges and Opportunities." *United Nations Publication*.

criança. Carlos A. P. Ribeiro²³, especialista em direitos da criança e da família, defende que a saúde infantil deve ser promovida de maneira proactiva, com políticas de saúde pública que atendam desde a gestação até a adolescência. Ribeiro ressalta que a protecção integral da criança não pode se limitar apenas ao acesso a tratamentos, mas deve garantir que as condições físicas e emocionais da criança sejam preservadas.

2.3. Políticas e Programas Nacionais de Saúde

Em Moçambique, a protecção dos direitos da criança, especialmente no que diz respeito à transmissão vertical do HIV, tem sido uma prioridade tanto nas políticas públicas de saúde quanto nos programas nacionais de saúde. O país tem avançado na implementação de diversas estratégias e políticas para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho, promovendo o direito à saúde das crianças e cumprindo com os compromissos internacionais, como os Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e a Agenda 2030. Destacam-se as principais políticas e programas que visam proteger os direitos da criança em relação à transmissão vertical do HIV em Moçambique.

2.3.1. Política Nacional de Saúde (PNS)

A Política Nacional de Saúde (PNS) de Moçambique estabelece um marco para a saúde pública e inclui a protecção dos direitos das crianças como uma das suas áreas prioritárias. A PNS enfatiza a importância de reduzir a transmissão vertical do HIV, reconhecendo que o direito das crianças à saúde deve ser protegido de forma integral, desde a gestação até a infância. Objectivo principal reduzir a transmissão vertical do HIV, promovendo o acesso a cuidados de saúde adequados para as mulheres grávidas e crianças, com ênfase no tratamento antirretroviral (TARV) isso inclui o fornecimento de tratamento precoce para as mães e crianças afectadas, garantindo o direito à vida e ao desenvolvimento saudável²⁴.

2.3.2. Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA

O Plano Estratégico Nacional de Resposta ao HIV/SIDA 2015-2019 tem como um dos seus pilares a eliminação da transmissão vertical do HIV. A meta é garantir que as

²³ Ribeiro, C. A. P. (2010). *Direitos Humanos da Criança e do Adolescente: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Editora Jurídica, pág. 120

²⁴ GUJRAL, Lorna et al: Relatório de Quantificação dos indicadores de prevenção do HIV/SIDA nos jovens, nas Províncias do centro Maputo Cidade e Província, rondas 2000 e 2002, Maputo, MISAU, pág 46

mulheres grávidas com HIV tenham acesso ao tratamento e que suas crianças nasçam livres do HIV²⁵. As Componentes chave deste plano são, a prevenção da transmissão vertical, o aconselhamento e apoio psicológico, e acompanhamento pós-parto, este plano assegura que a mãe e a criança sejam acompanhadas após o parto.

2.3.3. Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV)

O Programa Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) foi lançado para implementar as políticas nacionais que visam a eliminar a transmissão vertical do HIV até 2030. Esse programa foca na redução das novas infecções pelo HIV em crianças e na garantia do direito à saúde para as crianças expostas ao HIV²⁶.

2.3.4. Plano Nacional de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis

Este plano é uma iniciativa nacional que visa eliminar a transmissão do HIV e da sífilis de mãe para filho, com a meta de eliminar completamente a transmissão até 2030. O plano é fundamentado nos princípios de direitos humanos, em que a saúde das crianças deve ser uma prioridade, e a prevenção é o eixo central da acção²⁷.

Componentes do plano:

- Testagem universal para HIV em gestantes: Todas as mulheres grávidas são testadas para HIV, e as que testam positivas recebem tratamento antirretroviral durante a gravidez, no parto e no pós-parto.
- Redução do estigma e discriminação: O plano também inclui campanhas de sensibilização e educação comunitária, com o objectivo de reduzir o estigma e a discriminação das mulheres HIV positivas.
- Integração dos serviços de saúde: A abordagem é integrada, combinando cuidados de saúde materno-infantil, cuidados para mulheres com HIV e prevenção da transmissão vertical.

²⁵ Ibidem, pág. 47

²⁶ Ibidem, pág. 47

²⁷ Ibidem, pág. 48

2.3.5. Política Nacional de Saúde Materno-Infantil

A Política Nacional de Saúde Materno-Infantil de Moçambique visa reduzir a mortalidade materno-infantil e proteger os direitos das crianças. No contexto da transmissão vertical do HIV, ela prioriza o acesso a serviços de saúde adequados, especialmente para gestantes HIV positivas, assegurando que as crianças nasçam livres do HIV e que suas necessidades de saúde sejam atendidas desde o nascimento²⁸.

Ações chave:

- Atenção à saúde pré-natal: O foco está na assistência pré-natal, onde as mulheres grávidas com HIV recebem orientação e tratamento antirretroviral para prevenir a transmissão do HIV durante a gravidez e o parto.
- Cuidados pós-parto: As crianças expostas ao HIV recebem acompanhamento rigoroso e profilaxia antirretroviral nos primeiros dias de vida, além de acompanhamento para garantir que o HIV não se desenvolva.

2.3.6. Estratégias de Educação e Sensibilização

A sensibilização da comunidade é fundamental para proteger os direitos das crianças e reduzir as infecções pelo HIV. O governo e os parceiros internacionais têm desenvolvido campanhas educativas para aumentar a conscientização sobre a importância do teste de HIV durante a gravidez e sobre as medidas de prevenção e tratamento para evitar a transmissão vertical do HIV²⁹.

- Campanhas comunitárias: Sensibilização nas comunidades sobre a importância do teste precoce de HIV e sobre a redução do estigma em torno das mães e crianças com HIV.
- Formação de profissionais de saúde: Treinamento de profissionais de saúde para que estejam aptos a fornecer informações precisas sobre a transmissão vertical do HIV e a protecção dos direitos das crianças.

As políticas e programas nacionais de saúde para a protecção das crianças e das mães HIV positivas são focados na redução da transmissão vertical do HIV e na garantia do direito à saúde. A combinação de tratamento antirretroviral para gestantes,

²⁸ Ibidem, pág. 49

²⁹ Ibidem pág. 50

monitoramento das crianças expostas ao HIV, e educação e apoio psicossocial são fundamentais para a prevenção da transmissão vertical do HIV. Além disso, o compromisso do país com os direitos humanos e a protecção da saúde das crianças reforça a importância de uma resposta integrada e abrangente, que inclui a protecção contra a discriminação e o acesso universal a cuidados de saúde.

2.4. Legislação Internacional de Protecção Dos Direitos da Criança, Leis De Protecção da Criança no Contexto da Transmissão Vertical

A protecção dos direitos da criança, especialmente em relação a saúde, é regida por um conjunto de normas internacionais e nacionais. Moçambique tem se comprometido a garantir os direitos das crianças, conforme estabelecido na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC, além de desenvolver legislações nacionais específicas para a protecção dos direitos da criança, com foco nas questões relacionadas ao direito a saúde).

A Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adoptada pela Assembleia Geral da ONU em 1989 e ratificada por Moçambique em 1994³⁰ no seu artigo 6 número 1 com o seguinte teor “*Os Estados-partes reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida*”, esta disposição estabelece o direito fundamental da criança a vida, o direito à saúde nos termos do artigo 24 da CDC “*Os Estados-partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde*”, a CDC afirma que os Estados devem garantir o direito das crianças a uma saúde de qualidade, o direito à saúde é um dos direitos fundamentais garantidos pela Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), este estabelece que os Estados Partes devem assegurar que todas as crianças tenham acesso ao mais alto padrão possível de saúde e aos serviços médicos necessários, com especial ênfase na prevenção de doenças e redução da mortalidade infantil, ou seja impõe a obrigação dos Estados de tomar medidas efectivas para reduzir a mortalidade infantil . No contexto da transmissão vertical do HIV (transmissão do HIV de mãe para filho), esse direito se torna ainda mais crucial, dado o impacto da doença na saúde das crianças. A Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH), adoptada pela Assembleia Geral da ONU em 1948, no seu artigo 1 com o seguinte teor “*Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.*”, este artigo estabelece que todas as pessoas,

³⁰ Adesão através da resolução nº 19/90 de 23 de Outubro

incluindo as crianças, nascem com os mesmos direitos e dignidade, o artigo 3 da DUDH estabelece o seguinte *"Todo o indivíduo tem direito à vida, à liberdade e à segurança pessoal."* Esse é um dos direitos fundamentais, aplicável a todas as pessoas, incluindo as crianças, e reflecte a ideia central de que todo ser humano deve ser protegido de ameaças à sua integridade física e psicológica.

A Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos (também conhecida como Carta Africana), adoptada em 1981 pela Organização da Unidade Africana (hoje União Africana), é um dos documentos mais importantes em termos de direitos humanos no continente africano, no seu artigo 18 com o seguinte teor, *"A família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem direito à protecção da sociedade e do Estado. O Estado deve garantir a protecção especial da criança, garantido o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual e moral."* Este artigo reconhece a família como o centro de protecção e desenvolvimento da criança e assegura que o Estado deve proporcionar uma protecção especial às crianças, incluindo sua educação e desenvolvimento em um ambiente saudável e seguro. Além da Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos, é importante destacar a Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança, adoptada em 1990, que complementa e especifica ainda mais os direitos das crianças no continente africano, no seu artigo 11 dispõe que *"Os Estados Partes devem tomar todas as medidas adequadas para garantir a protecção das crianças contra todas as formas de abuso, negligência, exploração e violência, incluindo, entre outras, o abuso sexual, o trabalho infantil e o tráfico de crianças."* Este artigo é uma peça chave na promoção dos direitos da infância, focando directamente em garantir que as crianças cresçam em ambientes seguros, livres de qualquer forma de violência ou exploração, no caso da transmissão vertical este artigo visa proteger a criança da negligência em relação aos seus cuidados médicos, as leis nacionais acolhem a questão da preocupação com os direitos da criança em conformidade com essas disposições. A legislação moçambicana, ao alinhar-se com as disposições internacionais da CDC, estabelece um sistema jurídico e institucional de protecção à saúde das crianças, com foco na prevenção da transmissão vertical do HIV, o artigo 24 da Convenção sobre os Direitos da Criança é um dos principais dispositivos que estabelece o direito das crianças à saúde. Moçambique tem adoptado uma série de legislações nacionais e políticas públicas para garantir que os direitos das crianças à saúde sejam respeitados e para combater as consequências da transmissão vertical do HIV. As principais normas que orientam a protecção dos direitos das crianças, especialmente no

que se refere ao HIV, incluem a Constituição da República de Moçambique, a Lei nº 7/2008, Lei de Protecção e Promoção dos Direitos da Criança, a Lei nº 19/2014 - Lei do VIH/SIDA. O artigo 89 da CRM, garante que “*a saúde é um direito de todos os cidadãos*”, sendo responsabilidade do Estado assegurar o acesso aos cuidados médicos necessários. Este dispositivo constitucional se alinha directamente com o artigo 24 da CDC, pois o direito à saúde infantil e a prevenção de doenças, incluindo o HIV, é uma prioridade nacional. No contexto da transmissão vertical do HIV pode-se assumir que, a Constituição da República estabelecendo comandos genéricos³¹ no seus artigos 89 e 116 números 1 e 2 versando sobre o direito a saúde e a promoção da assistência médica e sanitária, obriga o Estado a adoptar políticas públicas eficazes para prevenir a infecção de HIV em crianças, com a oferta de medicação antirretroviral (ARV) para gestantes seropositivas, como forma de reduzir a taxa de transmissão do HIV de mãe para filho, o que responde a hipótese: Qual o papel do Estado moçambicano na protecção jurídica da criança nascida com HIV ou em risco de transmissão vertical?

A Lei nº 7/2008 de Protecção e Promoção dos Direitos da Criança assegura o direito à saúde para todas as crianças no país e impõe ao Estado a implementar medidas para garantir cuidados médicos adequados, é o que decorre do seu artigo 5 com o teor “*Toda criança tem direito a cuidados de saúde, protecção contra doenças e acesso a serviços médicos adequados.*” Entendemos nós que este artigo se aplica directamente ao contexto da transmissão vertical do HIV, garantindo que todas as crianças, incluindo as nascidas de mães HIV positivas, tenham acesso a serviços médicos de saúde necessários, como a prevenção da transmissão do HIV e o tratamento adequado de crianças infectadas. A Lei nº 19/2014 - Lei do VIH/SIDA estabelece a prevenção e o tratamento do HIV em Moçambique, com ênfase na transmissão vertical do HIV, esta lei não foge a dinâmica da anterior, porém voltada para pessoa vivendo com HIV, incluindo as crianças, visa obrigar o Estado a fornecer medicação antirretroviral (ARV) a gestantes seropositivas e aos seus filhos, de modo a evitar a transmissão do HIV durante a gravidez, parto e amamentação. Nos termos do artigo 5º da Lei nº 19/2014: “*As pessoas que vivem com HIV, incluindo as crianças, têm direito ao tratamento adequado, que inclui o acesso a antirretrovirais.*”

³¹ Comandos genéricos são disposições constitucionais que, de forma abstracta e geral, impõem ao Estado o dever de agir em áreas específicas, mas que exigem que o governo adopte medidas concretas e detalhadas (como leis ou políticas públicas) para garantir o cumprimento desses direitos ou princípios. Os comandos genéricos não especificam exactamente como essas acções devem ser realizadas. Em vez disso, eles funcionam como orientações amplas, cabendo aos legisladores, ao poder executivo e ao sistema judiciário detalhar e implementar essas directrizes por meio de leis, regulamentos, programas e políticas específicas

Conjugada como artigo 9º da mesma lei que estabelece que *"As mulheres grávidas HIV positivas têm direito ao acesso a tratamento antirretroviral durante a gestação, parto e amamentação, com a finalidade de prevenir a transmissão do HIV ao bebé"*. No entanto a Lei do HIV/SIDA reforça o compromisso do Estado em relação a preocupação com a prevenção da transmissão vertical do HIV, alinhando-se com o artigo 24 da CDC, que exige que os Estados tomem medidas para reduzir a mortalidade infantil e fornecer cuidados médicos adequados para as crianças, especialmente as afectadas pelo HIV.

Capítulo III- Aspectos Jurídicos Da Protecção e Promoção dos Direitos da Criança em relação ao HIV

3.1. As responsabilidades do Estado

A Constituição da República de Moçambique, em seu artigo 89, reconhece o direito das crianças à saúde e à protecção contra abusos, negligência e exploração. Além disso, Moçambique é signatário da Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC), adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, que estabelece a obrigação de garantir à criança a protecção necessária para o seu desenvolvimento pleno e saudável.

A Lei nº 7/2008, de 9 de Julho, Lei da Promoção e Protecção dos Direitos da Criança, reforça os direitos das crianças, incluindo o direito à saúde, e estabelece normas para a protecção da criança contra a exploração e os danos causados por doenças como o HIV. A Estratégia Nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PNVT) tem sido um dos pilares nesse contexto, com acções voltadas à redução da incidência de novos casos de HIV na infância, destaca-se também a Lei nº 2/2012, que aprova o Programa Nacional de Luta contra a Sida, determina a redução de transmissão do HIV de mãe para filho como um dos principais objectivos do programa de saúde pública. Moçambique também adopta a Declaração de Abuja sobre a Eliminação da Transmissão do HIV de mãe para filho.

De acordo com o artigo 238 da Constituição da República de Moçambique de 2004, o Estado é responsável pela actuação de seus agentes, que incluem servidores públicos, funcionários e representantes do poder público em diversas funções, incluindo os profissionais de saúde. Assim, a responsabilidade do Estado estende-se àqueles que actuam em nome dele, como médicos, enfermeiros e outros profissionais dos serviços públicos de saúde, o artigo supracitado estabelece que o Estado será responsabilizado por danos causados por seus agentes no exercício de suas funções, o que pode ser interpretado como uma aplicação de responsabilidade objectiva.

A responsabilidade objectiva ocorre em casos de danos causados por falhas sistemáticas nos serviços públicos, como a falta de médicos ou condições inadequadas para

atendimento. Nesse caso, o Estado pode ser responsabilizado mesmo que não haja prova de negligência ou erro direito de seus agentes³².

A responsabilidade contratual do Estado é estabelecida quando há a celebração de um vínculo entre o Estado e os cidadãos, implicando uma obrigação de resultado. Nos cuidados médicos, o contrato é implícito: ao buscar tratamento no Sistema Nacional de Saúde, o paciente espera que o Estado cumpra com os serviços médicos adequados. O não cumprimento dessas obrigações pode gerar responsabilidade contratual³³.

Os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros e outros agentes públicos que actuam directamente na assistência à saúde materno-infantil, têm a responsabilidade de seguir as directrizes estabelecidas para a prevenção da transmissão vertical do HIV. A falha de um agente público em fornecer informações adequadas sobre os riscos do HIV durante a gestação ou o não fornecimento de tratamento antirretroviral durante a gravidez pode configurar responsabilidade do Estado e seus agentes, de acordo com o Código de Deontologia Médica de Moçambique³⁴, os profissionais de saúde devem agir em conformidade com as melhores práticas de atendimento, o que inclui a implementação das directrizes para prevenção da transmissão vertical do HIV, conforme recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS). Caso esses profissionais não cumpram suas obrigações, o Estado pode ser responsabilizado extracontratualmente pelos danos causados³⁵. Partindo da ideia de que a CRM no seu artigo 89 assegura o direito à saúde para todos, incluindo as crianças., conjugado com a Lei nº 10/2014, Lei da Criança, também estabelece que as crianças devem ter acesso a cuidados de saúde adequados, e a Lei nº 12/2017, Lei de Protecção e Promoção dos Direitos das Crianças, reflecte esse compromisso, determinando que o Estado deve adoptar medidas para prevenir a transmissão do HIV e proteger as crianças que vivem com o vírus, deve ainda o Estado assegurar que as crianças, especialmente as nascidas de mães seropositivas, tenham acesso a serviços de saúde preventivos, incluindo o acompanhamento médico necessário para evitar a transmissão do HIV durante a gestação, o parto e a amamentação.

³² KÜHN, Maria Leonor de Souza (2002). RESPONSABILIDADE CIVIL: a natureza jurídica da relação médico-paciente. São Paulo, Manole, pág. 119

³³ Ibidem, pág. 120

³⁴ Ordem dos Médicos de Moçambique(2006)Código ético, deontológico e processual dos médicos, pág.27

³⁵ SANTOS, Fátima(2013) . A Responsabilidade Civil do Estado e Seus Agentes na Protecção dos Direitos Humanos. Maputo: Editora Júnior. Pág. 56

Respondendo a hipótese: Será que o direito à saúde é garantido para as crianças com HIV em Moçambique? Não, pois apesar de um robusto sistema legal voltado na protecção da criança no que diz respeito ao seu direito em relação a saúde e na sua manutenção, nota-se que no caso de Moçambique há vários factores que evidenciam o não cumprimento e efectivação destes direitos na prática, a medida em que podem-se destacar os seguintes factores: Falta de infra-estrutura de saúde adequada, muitas regiões do país incluindo grande parte da Matola, carecem de centros de saúde bem equipados e com profissionais treinados, o que compromete a capacidade de oferecer cuidados adequados às crianças em risco de ou vivendo com HIV; Desinformação e estigma, o que dificulta a conscientização sobre a importância do tratamento preventivo e terapêutico; Dificuldades no acesso a medicação: Embora Moçambique tenha políticas públicas que garantem a distribuição de medicamentos gratuitos, as barreiras logísticas e económicas podem dificultar o acesso à medicação, especialmente em áreas rurais.

O Estado cria leis e estabelece políticas na questão da saúde, mas não se pode deixar de lado que compete ao próprio Estado assegurar meios que sejam eficazes para efectivação das leis criadas, pois desta forma será indirectamente o próprio Estado a violar os direitos das crianças relativamente o direito de acesso a saúde que vai afectar o direito à vida, bem como ao bem-estar da criança.

3.2. Sistema de Diagnóstico de HIV nas Crianças, como parte da Promoção dos Direitos da Criança

A criança quando decide fazer o teste deve contar com a orientação dos pais ou Encarregados de educação. São os pais ou os encarregados de educação que devem decidir pela criança. O teste do HIV deve ser feito após consentimento dos pais ou cuidadores.

3.2.1. Aconselhamento, Testagem e tratamento para o HIV

O aconselhamento como parte do manejo clínico do paciente que apresenta doenças relacionadas com o HIV, deve ser realizado para que as crianças e os pais/cuidadores percebam sobre o seu estado de saúde e tomem decisões informadas tendentes a aliviar o sofrimento da criança e sua família. O aconselhamento pode ser oferecido a todas as crianças menores de 14 anos, na companhia dos pais ou cuidador, fornecendo informações simples e claras sobre o HIV. É preciso adequar a linguagem de acordo com

a idade da criança e o nível de educação dos parentes para que percebam correctamente a mensagem.

Todas as crianças, independentemente do seu estado da saúde, têm direito ao aconselhamento, ao teste voluntário do HIV e ao acesso ao tratamento ARV em caso de necessidade. O diagnóstico do HIV deve ser feito para as crianças de forma a permitir-lhes receber cuidados e tratamento adequados e atempados sempre que possível. Assim, os utentes devem estar informados da disponibilidade e oferta do teste do HIV nos serviços de saúde como parte dos cuidados rotineiros da saúde, com direito a optar ou não pela sua realização – abordagem “opt-out”, ou seja testagem universal de todas os pacientes, excluindo os que recusam o teste, e os dos menores que os pais ou tutores legais não consentiram³⁶.

3.2.2. Consentimento, Responsabilidade dos Pais e Tutores Legais

O consentimento parental ou de tutores legais para a testagem e diagnóstico do HIV em crianças envolve questões fundamentais de direitos humanos, ética médica e protecção da saúde pública. Moçambique, como em muitos países, a legislação que regula a saúde infantil e a protecção contra doenças transmissíveis é fundamental para garantir o bem-estar das crianças e a manutenção da sua integridade física e psicológica. No entanto, ao lidar com a transmissão do HIV, surgem questões sobre a autorização dos pais ou responsáveis para realizar testes e diagnósticos. No contexto da transmissão do HIV, o consentimento dos pais e tutores legais para o tratamento e a prevenção da transmissão do HIV para a criança assume uma relevância ainda maior. Em Moçambique, as responsabilidades dos pais e tutores legais não apenas incluem a obrigação de garantir cuidados médicos adequados às crianças, mas também de tomar decisões informadas e consentir, quando necessário, sobre procedimentos de saúde, incluindo prevenção e tratamento do HIV³⁷. Entretanto quando se trata de menores, o consentimento para tratamentos médicos e cuidados de saúde é frequentemente uma responsabilidade atribuída aos pais ou tutores legais. Na transmissão do HIV, as crianças podem ser expostas ao risco da infecção durante a gestação, parto e amamentação, ou podem ser diagnosticadas com o HIV após o nascimento. A Lei nº 22/2019, a Lei da Família, nos seus artigos 293 número 1 com o disposto “*O poder parental consiste no especial dever que incumbe aos pais de, no superior interesse dos filhos, garantir a sua protecção,*

³⁶ Ibid, Manual De Tratamento da Criança Com Infecção do HIV (Ministério da Saúde, Direcção Nacional de Assistência Médica, Programa Nacional de Combate às ITS/HIV/SIDA), 2ª edição 2011, pág. 38

³⁷ Ibid, pág.40

saúde, segurança e sustento, orientando a sua educação e promovendo o seu desenvolvimento harmonioso” e 294 dispondo “Os pais estão obrigados a prover ao sustento dos filhos e a assumir as despesas relativas à sua segurança, saúde e educação, até que eles estejam legalmente em condições de as suportar através do produto do seu próprio trabalho ou de outros rendimentos.”, Conjugados com o artigo 32 da lei 7/2008 de 9 de Agosto que dispõem *“Sem prejuízo do disposto na lei, aos pais incumbe o dever de sustento, guarda e educação dos filhos menores, cabendo-lhes ainda, no interesse destes, o dever de orientar a sua educação e de promover o seu são e harmonioso desenvolvimento, e a obrigação de cumprir e fazer cumprir as decisões judiciais.”*, Assegura que as crianças têm o direito aos cuidados de saúde adequados e que estes devem ser sustentados pelos pais através do poder parental, o que implica que as devidas medidas a nível da família para a protecção contra a transmissão do HIV competem também aos Pais. Quando a criança é menor de idade, os pais ou tutores têm um papel crucial na tomada de decisões sobre seu tratamento e prevenção. Os pais ou tutores legais são os responsáveis primários por tomar decisões sobre o bem-estar e saúde das crianças, inclusive em questões relacionadas à prevenção e tratamento do HIV.

A Lei n.º19/2014 Lei da Protecção da Pessoa, Trabalhador e Candidato Vivendo com HIV e SIDA, estabelece que os pais ou tutores têm a responsabilidade de cuidar da saúde, educação e bem-estar de seus filhos, no artigo 26 número 2, prevê que o consentimento dos pais ou tutores é necessário para que uma criança receba tratamentos médicos. Este princípio também se aplica à saúde da criança no contexto do HIV, onde o consentimento para a realização de exames de HIV ou para a administração de medicamentos preventivos, como a profilaxia pós-exposição (PEP) ou medicamentos antirretrovirais (ARVs), deve ser dado pelos responsáveis legais³⁸. Esta legislação reforça os direitos das crianças à saúde, estabelece que os pais ou tutores legais devem garantir o acesso das crianças a cuidados médicos apropriados, mas no caso da testagem do HIV e acesso a medicação deve ser por via do consentimento

³⁸ Ministério da Saúde de Moçambique (2018), "Estratégia Nacional para a Prevenção e Controle do HIV/SIDA," pág. 12

Capítulo IV- Estudo de Caso

A transmissão vertical do HIV, ocorre durante a gestação, o parto ou a amamentação, continua sendo uma preocupação significativa de saúde pública, especialmente em países com alta prevalência da doença, como Moçambique. Este estudo de caso visa explorar a protecção jurídica das crianças nascidas com HIV, no período dos anos 2019-2022, com foco nas práticas legais e políticas públicas em Moçambique. O Estudo foi realizado em Moçambique, província de Maputo, distrito da Matola, nos bairros, Matola gare, T3 Machava I, e teve duração de 4 meses. Para melhor entender as barreiras e os desafios enfrentados, foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde, responsáveis legais e representantes de instituições que actuam na área de saúde e direitos das crianças. As entrevistas foram conduzidas com o objectivo de recolher dados qualitativos sobre a experiência de profissionais da saúde e familiares na implementação de políticas e legislação voltadas para a protecção da criança, além de entender as lacunas e os desafios que ainda persistem nesse processo.

4.1. Metodologia: Descrição das Entrevistas

As entrevistas foram conduzidas a 35 participantes, incluindo 1 médico, 4 enfermeiros, 1 psiquiatra, 2 para-legais, e 8 representantes de organizações não-governamentais que trabalham com a saúde e direitos das crianças, bem como 5 famílias. As perguntas foram semiestruturadas, permitindo que os entrevistados compartilhassem suas percepções e experiências relacionadas à implementação de políticas de prevenção da transmissão vertical do HIV e protecção dos direitos das crianças. Os dados foram analisados de forma qualitativa, a abordagem qualitativa foca na compreensão profunda de fenómenos, comportamentos e experiências humanas por meio de métodos mais subjectivos e descritivos., identificando temas comuns e divergentes nas respostas, os resultados podem ser expressos em forma de histórias, citações ou relatos que exemplificam as experiências dos participantes³⁹. Quanto as técnicas usadas, o estudo contou com a entrevista e a pesquisa bibliográfica.

³⁹ GIL, António Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2010. Pág. 74

4.2. Acesso a Testagem e Tratamento, o TARV Pediátrico (Tratamento Antirretroviral nos Menores de 0-11 anos)

A questão do acesso a testagem e tratamento em crianças é uma das maiores barreiras identificadas pelos entrevistados.

Uma enfermeira afirmou: *“Em vários hospitais, ca na Matola, muitas mulheres grávidas têm acesso regular a exames de HIV, diferente do que se vive em áreas rurais, mas o que acontece é que muitas gestantes se fazem ao hospital para iniciar o pré-natal e fazer os testes já com o tempo de gestação bastante avançado, isso dificulta a detecção precoce da transmissão vertical. Muitas vezes, o tratamento só é iniciado tarde, o que aumenta o risco para as crianças.”*

Outro entrevistado, um Para legal, destacou o papel crucial do apoio psicológico: *“A falta de acompanhamento psicossocial para as mães e crianças diagnosticadas com HIV é um grande gatilho nas questões que podem resultar no abandono da medicação, muitas vezes além das mães abandonarem, negligenciam a medicação dos seus filhos. Muitas famílias não sabem como lidar com o estigma”.*

O psiquiatra entrevistado destacou o seguinte: *“O estigma associado ao HIV continua sendo um dos maiores obstáculos para o tratamento eficaz. Para muitos indivíduos, ser diagnosticado com HIV pode gerar uma sensação de vergonha, culpa e medo do julgamento social. O estigma, muitas vezes intensificado por estereótipos negativos e pela discriminação, pode levar as pessoas a internalizar a ideia de que são "menos dignas" ou que possuem uma condição "imoral". Essa internalização do estigma pode desencadear transtornos psicológicos, como depressão, ansiedade e sentimentos de desesperança, que, por sua vez, aumentam o risco de abandono do tratamento. na Matola especialmente, por exemplo ca na matola- gare, os recursos de apoio psicológico e social podem ser limitados, o estigma social pode ser ainda mais acentuado”.*

As entrevistas indicam que muitas mulheres grávidas na Matola buscam os serviços de saúde apenas quando a gestação já está bastante avançada, o que dificulta a detecção precoce da transmissão vertical do HIV e resulta em início tardio do tratamento. Esse é um problema comum em muitas áreas urbanas e periurbanas, onde o fluxo de pessoas é grande, mas o acesso a cuidados de saúde de qualidade ainda pode ser limitado por

diversos factores, como a falta de conscientização, estigma ou dificuldades de mobilidade.

A detecção precoce e o início rápido do tratamento antirretroviral são factores cruciais para reduzir a transmissão vertical do HIV e garantir a saúde da criança sendo este um direito fundamental da criança. O atraso no diagnóstico prejudica a eficácia da intervenção, aumentando o risco para a criança, como demonstrado no depoimento das entrevistadas⁴⁰.

A CRM em seu artigo 89 conjugado com o seu artigo 118, garante a todos os cidadãos o direito à saúde, com especial ênfase à protecção das mulheres grávidas e crianças sendo que fazem parte as crianças e mulheres grávidas de grupos vulneráveis, que merecem especial protecção. A protecção à saúde materno-infantil é fundamental no país, considerando a alta prevalência de HIV, por estes motivos o Estado através do Programa Nacional de Controle da HIV-SIDA e a Estratégia Nacional de Saúde Materno-Infantil recomendam que todas as mulheres grávidas realizem os testes de HIV durante o pré-natal, idealmente na primeira consulta. Outro ponto é a falta de acompanhamento psicossocial para as mães e crianças diagnosticadas com HIV. Esse apoio psicológico é essencial não só para garantir que as mães sigam com o tratamento, mas também para combater o estigma e a discriminação que frequentemente envolvem o diagnóstico de HIV⁴¹. A Lei de Protecção à Criança (Lei nº 7/2008), em seu artigo 4, assegura que a criança tem direito à protecção contra qualquer forma de discriminação.

4.2.1. A Complexidade do Consentimento no TARV Pediátrico e suas Implicações Legais para os Direitos das Crianças

A temática do consentimento na questão do TARV pediátrico é bastante delicada pois suscita outros tipos de situações que ao invés de gerar a protecção da criança acaba gerando violações ao direito de acesso a saúde da criança e ate mesmo ao direito à vida.

⁴⁰ Gillespie, D., et al. (2013). *Preventing HIV Transmission in the Perinatal Period*. The Lancet Infectious Diseases, pag. 123

⁴¹ <https://unaids.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/> acessado aos 25.01.2025

Na testagem pediátrica do HIV e no acesso aos ARV's, o consentimento pode ser visto muitas vezes como *Conditio sine qua non*⁴².

Uma conselheira entrevistada deixou ficar o seguinte: *“Uma das grandes dificuldades que tenho enfrentado e que acaba complicando o meu trabalho, é quando identifico uma família com crianças por testar, a maior parte das vezes os pais não permitem, e quando é assim por mais que a criança apresente sinais não posso testar, em crianças os pais devem permitir o teste do HIV, e até mesmo para a criança iniciar o tratamento”*.

A dificuldade em obter o consentimento dos pais ou responsáveis legais para realizar o teste de HIV e iniciar o tratamento em crianças, mesmo quando elas apresentam sinais de infecção, traz à tona uma série de questões jurídicas e éticas, especialmente no contexto do direito à saúde. A CRM de 2004, nos seus artigos 89 e 116 número 1 garante a todos os cidadãos o direito à saúde, e este direito é universal e irrestrito, o que inclui crianças, que são reconhecidas como prioridade no acesso a cuidados de saúde. A Constituição enfatiza que os cidadãos devem ter acesso a serviços de saúde adequados e oportunos, com especial ênfase na protecção da infância. No entanto, a questão do consentimento parental é um ponto crucial que precisa ser equilibrado com o direito da criança à protecção e à saúde. O artigo 121 número 1 da Constituição da República estabelece que as crianças têm direitos especiais de protecção, sendo dever do Estado, da sociedade e da família garantir seu bem-estar e desenvolvimento integral, isso inclui a protecção contra doenças e o direito a cuidados médicos adequados.

Outro conselheiro entrevistado afirmou: *“Que em todos os 5 anos que trabalho na comunidade, acompanhei vários cenários ligados a mortes de crianças com SIDA, tudo isso porque os pais não consentiram o teste, e que por varias vezes tentávamos realizar o aconselhamento mas eles se recusavam, o caso mais recente foi no bairro T3 em que o chefe do quarterão entrou em contacto connosco, mas ao chegar na casa da senhora ela não permitiu que lhe fizéssemos o teste e nem a testagem nas crianças, a criança mais nova apresentava sérios sinais de pele da infecção do HIV-SIDA, a Mãe abandonou o tratamento ela já nem fazia o devido acompanhamento da doença, foram inúmeras*

⁴² *Conditio sine qua non* é uma expressão latina que significa "condição sem a qual não". É usada para descrever uma condição indispensável para a realização ou validade de algo.

tentativas para testar a criança e sensibilizar a mãe a retomar o tratamento, porem a criança acabou falecendo”.

Uma enfermeira de SMI, destacou: *Não concordo com essa questão do consentimento na testagem do HIV para criança ate aos 14 anos, o teste do HIV devia ser obrigatório tal como os outros testes de diagnóstico, porque só prejudica a saúde da criança, e há crianças que acabam perdendo a vida. No caso de emergência acabamos realizando o teste de HIV conjuntamente com os outros testes de diagnostico o que acontece é que se der positivo a posterior o consentimento só é para permitir que a criança possa iniciar o TARV.*

Das mães de família entrevistadas se destacou a que afirmou: “ *Descobri que sou seropositiva quando fui iniciar a consulta pré-natal na Centro de Saúde da Machava I, onde iniciei o tratamento e fui explicada como devia tomar a medicação, e que se não fosse eficaz corria mais risco de contaminar o meu bebe, disseram também que devia vir a próxima entrevista com meu marido, mas infelizmente ele não acetou e ameaçou-me, também proibiu me de tomar a medicado e passou a me controlar, meu marido me batia e ameaçava me deixar, e me devolver para minha família, então fiquei com medo e parei de fazer a medicado, tomava sempre que podia e ficava escondida para tomar, mas infelizmente o meu bebe nasceu com HIV”.*

A violência doméstica contra mulheres grávidas com HIV é uma realidade que compromete não apenas a saúde das mulheres, mas também a eficácia dos programas de prevenção da transmissão vertical. O medo das repercussões de uma situação de violência pode levar mulheres a desistirem do tratamento necessário, como ocorreu no caso descrito. Como descreve, a mulher foi forçada a interromper o tratamento devido ao medo das ameaças de seu parceiro, o que resultou na transmissão do HIV para o bebê, o medo da violência e da rejeição pode levar a mulher a adiar ou interromper a medicação, colocando em risco sua própria saúde e a do bebê. O estigma relacionado ao HIV e a violência emocional ou psicológica podem desmotivar a mulher a buscar serviços de saúde ou a manter a adesão ao tratamento. Além disso, a baixa auto-estima e o medo de represálias podem enfraquecer a capacidade da mulher de tomar decisões informadas e autónomas sobre sua saúde, e acaba afectando a saúde da criança que ira nascer.

A violência baseada no género, quando associada à gravidez e ao HIV, tem um impacto devastador na adesão ao tratamento antirretroviral e no acesso a cuidados de saúde adequados. Para garantir a protecção das mulheres grávidas com HIV, é fundamental criar mecanismos que protejam as mulheres da violência doméstica, promovam o empoderamento feminino e garantam que as mulheres possam tomar decisões informadas e autónomas sobre sua saúde, sem medo de represálias ou ameaças⁴³.

Contudo, o que se pode notar é o direito dos pais ou responsáveis legais de consentirem ou não na realização de um teste de HIV em seus filhos entra em conflito com o direito da criança à saúde, que deve ser protegido em todas as circunstâncias, especialmente quando há sinais claros de infecção ou risco. O direito à vida, também assegurado pela CRM artigo 40, é o direito mais fundamental de qualquer ser humano, e em situações como esta, em que uma criança está em risco iminente de morte por uma doença tratável como o HIV, a recusa ao tratamento ou à testagem é uma forma de violação directa do direito à vida. O Estado tem a obrigação de proteger a vida de seus cidadãos, e especialmente das crianças, por meio de acções preventivas e tratamentos adequados. A situação descrita em que a recusa da mãe em permitir o teste e o tratamento da criança reflecte um conflito entre o direito dos pais de tomar decisões sobre a saúde de seus filhos e o direito da criança à saúde e à vida. Embora os pais ou responsáveis legais tenham o direito de consentir ou não em determinadas situações, este direito não é absoluto e deve ser equilibrado com os direitos da criança, especialmente quando a sua saúde está em risco, atendendo o princípio do interesse superior da criança.

O direito à saúde devem prevalecer sobre a recusa dos responsáveis legais, especialmente quando se trata de decisões que afectam a sobrevivência da criança, respondendo a hipótese um dos principais desafios enfrentados pelo sistema de saúde em Moçambique para proteger as crianças contra a transmissão vertical do HIV seria o consentimento dos pais? Sim, sem contar que esta temática do consentimento acaba gerando violação do direito a vida das crianças que ate em situações extremas acabam perdendo a vida, os próprios agentes do Estado como os profissionais de Saúde acabam violando o direito do acesso a saúde e a vida, quando sem o consentimento não realizam o teste e nem tem como iniciar o tratamento TARV em crianças 0-11 anos, nos termos da Lei n.º 18/2014,

⁴³ BARRETO, Andreza.(2012) "Violência de género e suas consequências para a saúde da mulher: reflexões sobre o contexto brasileiro." *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 12, n. 1., pág. 45

de 24 de Agosto, Lei de Saúde no seu artigo 14 defende a ideia de que os profissionais de saúde devem actuar com competência, ética, dignidade e respeito pelos direitos dos pacientes, garantindo o direito à saúde com base na necessidade médica e no princípio do melhor interesse do paciente, especialmente em casos que envolvem crianças ou indivíduos vulneráveis, sendo que o estudo revela que na pratica não é o que tem acontecido, logo o próprio Estado que devia prover a protege esses direitos acaba violando através dos seus agentes. Ainda nos termos do artigo 26 número 2 e número 3 da lei 19/2014 de 27 de Agosto, estas duas disposições são basadas na ideia de que aos menores de 11 anos necessitam do consentimento para a realização do teste, e em relação aos 11 anos em diante a questão do consentimento pode ser aceite ou não.

Usando de uma abordagem comparativa entre Moçambique e Brasil, nos termos do Código Civil e o Estatuto da Criança e do Adolescente Brasileiro (ECA-Lei nº 8.069/1990), os pais ou responsáveis legais são, em regra, os responsáveis por dar consentimento para tratamentos médicos em menores de idade, incluindo o TARV pediátrico, porem se os pais ou responsáveis legais se recusarem a consentir o tratamento antirretroviral para uma criança com HIV, o Sistema de Justiça pode intervir, com base no direito da criança à saúde e à vida. O Ministério Público ou o Conselho Tutelar podem ser accionados para garantir que a criança receba o tratamento adequado, Intervenção Judicial: Em casos de recusa de consentimento, especialmente quando a vida da criança está em risco, o juiz pode determinar a obrigação de iniciar o tratamento, com base no melhor interesse da criança. O juiz pode determinar o início do tratamento de forma imediata, independentemente da decisão dos pais, se isso for considerado essencial para a saúde da criança⁴⁴. A realidade moçambicana se mostra ser bem diferente na medida em que com base nas entrevistas feitas percebe-se que no casos em que as crianças acabaram perdendo a vida nada foi feito, e que este cenário deve ser mudado, este cenário demonstra também que o papel do Estado em relação ao TARV pediatro não tem sido eficaz, apesar dos esforços.

⁴⁴ O Artigo 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) trata do princípio do melhor interesse da criança e estabelece que, em qualquer decisão ou medida que envolva crianças ou adolescentes, o foco deve ser a prioridade absoluta da criança, garantindo que suas necessidades e direitos sejam atendidos de maneira integral e adequada.

5. Conclusão

A protecção jurídica da criança no contexto da transmissão vertical do HIV, é uma questão de extrema relevância, dado o impacto que o HIV continua a ter sobre a saúde infantil e a necessidade urgente de medidas eficazes para prevenir a transmissão do HIV de mãe para filho⁴⁵. Embora o país tenha avançado significativamente em termos de políticas públicas e legislação voltadas para a protecção das crianças e o combate ao HIV/SIDA, há ainda desafios consideráveis no que diz respeito à implementação destas leis e políticas, especialmente em áreas periurbanas e rurais. Respondendo a questão de partida sobre como é que o sistema jurídico Moçambicano assegura a protecção da criança, no contexto da transmissão vertical do HIV, tendo em conta os seus direitos fundamentais. O direito à saúde das crianças sendo um direito fundamental, é assegurado pela Constituição da República de Moçambique e as demais leis que versam sobre essa temática, exigem que o Estado, em colaboração com as famílias, garanta o acesso a cuidados médicos adequados, incluindo na temática da prevenção da transmissão vertical do HIV. No caso específico da Matola, a realidade é marcada por um grande número de famílias que vivem em situações de vulnerabilidade, o que pode dificultar o acesso a serviços de saúde adequados e comprometer a adesão ao tratamento. Assim, o fortalecimento da rede de saúde, especialmente nas comunidades mais distantes, é essencial para garantir que as crianças, independentemente da sua localização, recebam o tratamento necessário de forma contínua e eficaz. Além disso, através do estudo feito revela-se que a protecção jurídica da criança deve ser uma prioridade no contexto da transmissão vertical do HIV. Isso inclui a criação de um sistema jurídico que permita a intervenção do Estado quando os direitos da criança são violados, como no caso da recusa de consentimento pelos pais para a realização do tratamento necessário. Por fim, é necessário um compromisso mais forte do governo, da sociedade civil e das comunidades para enfrentar a transmissão vertical do HIV. O fortalecimento da legislação, a sensibilização das famílias e o apoio contínuo aos profissionais de saúde são fundamentais para melhorar os índices de prevenção e tratamento em Moçambique, garantindo que as crianças, especialmente na Matola e em outras regiões do país, tenham um futuro saudável e livre do HIV.

⁴⁵ Plano Nacional de Prevenção e Tratamento da Transmissão Vertical do HIV, Ministério da Saúde de Moçambique, 2015, pág. 34

6. Sugestões

- **Fortalecimento da Legislação e Políticas Públicas:** Através criação de uma Lei Específica para a Prevenção e Tratamento do HIV Pediátrico, pois embora existam leis gerais sobre saúde e protecção da criança, como a Lei nº 19/2009 (Sistema Nacional de Saúde) e a Lei nº 7/2008 (Sistema de Protecção da Criança), não se mostram assim tao eficazes, um exemplo disso é quando o consentimento é uma barreira para efectivação do direito a Saúde das crianças portadoras do HIV, é necessário uma legislação mais específica que se concentre na prevenção da transmissão vertical e no tratamento pediátrico do HIV garantindo o acesso ao tratamento e diagnóstico precoce para todas as crianças, além de assegurar o fornecimento contínuo de medicamentos. É essencial melhorar as directrizes de prevenção e tratamento, com foco na testagem universal e no treinamento contínuo dos profissionais de saúde.
- **Fortalecimento dos Serviços de Saúde:** Expandir a rede de centros de tratamento de HIV pediátrico, garantindo acesso contínuo a medicamentos antirretrovirais e capacitação dos profissionais de saúde. O Estado deve também implementar protocolos de gestão de casos pediátricos e melhorar a infra-estrutura em regiões remotas.
- **Apoio Psicossocial e Sensibilização das Famílias:** Promover apoio psicossocial para as famílias e programas para reduzir o estigma social, além de campanhas de conscientização, especialmente em comunidades rurais e entre mulheres grávidas, sobre a importância da testagem precoce e do tratamento adequado.
- **Monitoramento e Avaliação Contínuos:** Criar sistemas de monitoramento para avaliar a adesão ao tratamento pediátrico e realizar avaliações periódicas sobre a eficácia das políticas públicas. A revisão das políticas deve ser baseada em dados actualizados.
- **Parcerias e Colaboração Internacional:** Fortalecer a colaboração com organizações internacionais para garantir apoio financeiro e logístico, além de compartilhar boas práticas com outros países.

7. Referência Bibliográficas

Doutrina

1. Ariès, P. (1981) História social da criança e da família. Trad. de Dora Flaksman-2.ed.-Rio de Janeiro: LTC.
2. BARRETO, Andreza. "Violência de gênero e suas consequências para a saúde da mulher: reflexões sobre o contexto brasileiro." *Saúde Materno Infantil*, v. 12, n. 1, 2012.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. (2001). *Manual de Aconselhamento Pré-Teste e Pós-Teste em HIV/AIDS: Aconselhamento para profissionais de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
4. Canotilho, Gomes (1993) Direito Constitucional, 6ª Edição. Almedina. Coimbra,
5. GIL, Antônio Carlos (2010) *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. SãoPaulo: Atlas, 2010.
6. Gillespie, D., et al. (2013). *Preventing HIV Transmission in the Perinatal Period*. The Lancet Infectious Diseases.
7. KÜHN, Maria Leonor de Souza (2002) . RESPONSABILIDADE CIVIL: a natureza jurídica da relação médico-paciente. São Paulo : Manole.
8. LAKATOS e MARCONI, Eva Maria, Marina de Andrade, Manual *Metodologia de trabalho Científico*, editora Atlas, 7ª ed. São Paulo.
9. LISTER, Ruth(2003). *Poverty*. 1. ed. Cidade: Editora.
10. Manual de Direito Constitucional. Tomo IV. 3ª ed. Coimbra: Coimbra editora, 2000.
11. MALUF, Maria Lúcia de Oliveira (2011) Direitos Humanos: Teoria e Prática. *São Paulo: Editora Atlas*.
12. Ribeiro, C. A. P. (2010). *Direitos Humanos da Criança e do Adolescente: Uma Abordagem Multidisciplinar*. Editora Jurídica.
13. OLIVEIRA, Mara Lucia Reis de. *O Princípio do Interesse Superior da Criança e o Direito à Convivência Familiar*. São Paulo: Editora Del Rey, 2012.
14. SANTOS, Fátima. A Responsabilidade Civil do Estado e Seus Agentes na Protecção dos Direitos Humanos. Maputo: Editora Júnior, 2013.
15. SILVA, José Afonso da (2006) *Direitos Humanos e o Constitucionalismo Brasileiro*. 4. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

16. UNICEF. (2006). Crianças órfãs e vulneráveis no contexto do HIV/SIDA em Moçambique

7.1. Legislação Nacional

1. Constituição da República de Moçambique de 2004, revista pela Lei nº 1/2018, publicado pelo BR nº 115, I série, de 12 de Junho de 2018.
2. Lei nº 19/2014, Lei de Protecção da Pessoa e do Trabalhador com HIV e SIDA.
3. Lei nº 22/2019, de 11 de Dezembro, Lei da Família.
4. Lei nº 2/2012, Lei do Programa Nacional de Luta contra a SIDA.
5. Lei nº 7/2008, de 9 de Julho, Lei de Bases de Promoção dos Direitos da Criança em Moçambique.
6. Moçambique, Direito da Criança(2009), *Colectânea de legislação nacional de protecção da criança*. Maputo: Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade.

7.2. Legislação Internacional

1. Carta Africana sobre os Direitos e Bem-Estar da Criança.
2. Convenção Sobre os Direitos da Criança de 1989. Adesão através da resolução nº 19/90 de 23 de Outubro.
3. Convenção para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW) – 1979. Adesão através do decreto n 8/97, de 31 de Março de 1997.
4. Declaração de Compromisso sobre HIV/AIDS (2001).
5. Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH).
6. Lei n.º 8.069/1990, Estatuto da Criança e do Adolescente, Brasil (ECA)
7. Pacto Internacional sobre Direitos Cíveis e Políticos (PIDCP) – 1966. Adesão através da resolução nº 5/91 de 12 de Dezembro de 1991.
8. Protocolo de Maputo à Carta Africana dos Direitos Humanos e dos Povos sobre os Direitos das Mulheres em África (Protocolo de Maputo) – 2003 .

7.3. Sítios Da Internet

1. <https://msh.org/pt/resources/the-90-90-90-strategy-to-end-the-hiv-pandemic-by-2030-can-the-supply-chain-handle-it/> : acessado aos 27 de Outubro de 2014, as 14:40

2. <https://msh.org/pt/resources/the-90-90-90-strategy-to-end-the-hiv-pandemic-by-2030- can-the-supply-chain-handle-it/> : acessado aos 30 de Novembro de 2024, as 21: 34
3. <https://www.ccsaude.org.mz/project1.html>: acessado aos 14 de Novembro de 2024, as 14: 55
4. <https://unaid.org.br/2019/12/estudo-revela-como-o-estigma-e-a-discriminacao-impactam-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-no-brasil/>: acessado aos 27 de Janeiro de 2025
5. <https://ddesenvolvimento.com/portfolio/saude/>: acessado aos 14 de Janeiro de 2025, as 20:40

7.4. Outras Fontes

1. Centro dos Direitos Humanos - Faculdade de Direito. (2000) Relatório Inicial de Avaliação do Ambiente Jurídico em Moçambique.
2. CNCS (Conselho Nacional de Combate ao VIH/SIDA). 2016. *Resposta Global à SIDA. Relatório de Progresso, Moçambique*.
3. Direitos da Criança: debates e tensões. Caderno de Pesquisa. São Paulo, v .40, 2010.
4. GUJRAL, Lorna et al: Relatório de Quantificação dos indicadores de prevenção do HIV/SIDA nos jovens, nas Províncias do centro Maputo Cidade e Província, rondas 2000 e 2002, Maputo, MISAU, 2003.
5. Maria Teresa Araujo (2003). Aids Congress: SIDA no feminino - contracepção, gravidez e intenção de ter filhos. U. Coimbra. Lisboa.
6. Ministério da Saúde de Moçambique, "Estratégia Nacional para a Prevenção e Controle do HIV/SIDA," 2018.
7. ORGANIZAÇÃO DE UNIDADE AFRICANA. *Carta Africana dos Direitos e Bem-Estar da Criança*.
8. Papadakis, V. & Júlio, G. (2016). *Análise da Legislação e Políticas Públicas Referentes aos Direitos da Criança e da Rapariga para Influenciar a Revisão do Quadro Legal em Moçambique*. Fórum da Sociedade Civil para os Direitos da Criança (ROSC) e Coligação para Eliminação dos Casamentos Prematuros (CECAP), Maputo.

9. Para reflexões sobre a natureza filosófica dos direitos humanos, ver, Jeremy Waldron, *Theories of Rights* (New York: Oxford University Press, 1984).
10. Plano de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, 2012-2015.
11. Plano de Aceleração para Eliminação da Transmissão Vertical do HIV e Sífilis, 2018-2020.
12. ZENAIDE Maria de Nazaré Tavares; LEMOS, Lúcia (orgs.). *Formação em direitos humanos na universidade*. João Pessoa: Ed. UFPb., João Pessoa, 2001.

Anexo I

1. Como você descreveria a prevalência do HIV na Matola, especialmente entre gestantes?
2. Quais são as principais medidas que o governo e as organizações de saúde têm implementado para prevenir a transmissão vertical do HIV na região da Matola?
3. Qual é o papel do TARV (Tratamento Antirretroviral) pediátrico na prevenção da transmissão do HIV para crianças?
4. Como avalia o acesso das crianças ao TARV na comunidade? Existem barreiras significativas no plano legal ?
5. Como funciona o sistema de diagnóstico de HIV nas crianças?
6. Quais são os condicionalismos legais, e de que forma podem afectar o acesso a saúde da criança?
7. De que forma o TARV pediátrico tem impactado a qualidade de vida das crianças diagnosticadas com HIV na Matola?
8. Quais os desafios enfrentados no fornecimento dos ARV's?

Anexo II

1. Como a legislação moçambicana lida com a protecção das crianças que nascem com HIV ou que são diagnosticadas precocemente?
2. De que maneira os serviços de saúde colaboram com os serviços jurídicos para garantir a protecção e os direitos das crianças vivendo com HIV?
3. Como é que funciona conscientização nos bairros do distrito da Matola, sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV?
4. De que forma a educação e o apoio jurídico para as famílias afectam a adesão ao TARV pediátrico e a protecção das crianças?
5. Quais são as principais estratégias utilizadas para reduzir o estigma em torno das crianças vivendo com HIV na comunidade?
6. Pode partilhar um exemplo de um caso em que a protecção legal foi essencial para garantir o acesso de uma criança ao TARV pediátrico?

Anexo III

1. Quando e como a criança foi diagnosticada com HIV? Como a família recebeu essa informação?
2. Consentiu que a criança fosse testada? Se não, porque?
3. Como tem lidado com o tratamento da sua criança, especialmente no que se refere ao TARV pediátrico?
4. Quais foram as maiores dificuldades que você enfrentou ao acessar o TARV?
5. Conhece os direitos da criança diagnosticada com HIV em Moçambique?
6. Já teve alguma vez que lidar com questões legais em relação ao tratamento da sua criança ou ao acesso a cuidados médicos? Se sim, como foi?
7. Alguma vez foi orientado sobre os direitos da criança em relação à educação e saúde?
8. A criança tem direito a cuidados médicos adequados, educação e outros direitos fundamentais? Como tem percebido o cumprimento desses direitos na sua comunidade?
9. A sua família tem tido acesso fácil ao tratamento e acompanhamento médico para a criança? Existem obstáculos, como distância, custos ou falta de informações?
10. Recebeu algum tipo de apoio jurídico ou psicológico para ajudar a lidar com o diagnóstico de HIV da sua criança? Como isso tem sido importante para a família?
11. A comunidade e as instituições de saúde têm dado suporte adequado para garantir que sua criança receba o tratamento necessário?
12. A sua criança já enfrentou alguma forma de estigma ou discriminação devido ao diagnóstico de HIV? Como a família lida com isso?
13. Quais são as maiores preocupações da sua família quando se trata de proteger a criança contra o estigma na escola ou na comunidade?
14. Que tipo de assistência jurídica você gostaria de receber para proteger a criança?