

INTERCAMBIO de Saúde Sexual



www.kit.nl/exchange

exchange@kit.nl

2003/1

O papel da família na saúde sexual

Fazendo um balanço do progresso na luta contra SIDA

❖ Artigo Especial – 1

Promover a saúde sexual
significa promover abordagens
saudáveis para a sexualidade

❖ Artigo Especial – 3

Mudando o papel de género na
Tanzânia

❖ Notas de Investigação – 5

Aprendendo o papel do género
em famílias pobres no Chile

❖ Artigo Especial – 7

A magnitude das respostas
baseadas na fé aos problemas
dos órfãos na África sub-
Sahariana

❖ Artigo Especial – 9

Desenvolvimento e a epidemia
de HIV: reforçando os programas
multi-sectoriais

❖ Artigo Especial – 11

Envolvendo as pessoas que
viverem com HIV/SIDA: a chave
para o sucesso

❖ Artigo Especial – 13

Reforçando a resposta local ao
HIV/SIDA no Mali

❖ Artigo Especial – 14

HIV/SIDA no Sul da Ásia: uma
ameaça eminente

Promover a saúde sexual significa promover abordagens saudáveis para a sexualidade

Adriane Martin Hilber & Manuela Colombini

Os directores de programas, formuladores de políticas e prestadores começaram apenas recentemente a adoptar uma abordagem mais holística e abrangente à sexualidade e saúde sexual. Uma rede complexa de forças influencia a saúde sexual, desde o risco biológico e predisposição genética às atitudes e comportamentos sexuais, e factores da sociedade. Enquanto que se possa encontrar muitas semelhanças nas expressões sexuais de pessoas, também existe uma variação ampla nas atitudes, práticas, e estilos de vida sexuais. Esta diversidade da expressão humana dentro de culturas, revela como a promoção da saúde sexual exige uma compreensão holística da sexualidade, os seus significados, os seus determinantes assim como o contexto sócio-cultural no qual se opera. Também exige uma observação ampla e abrangente das forças por detrás da tomada de decisões sexuais e comportamentos sexuais.

O que é a sexualidade?

A sexualidade é muitas vezes confundida com o comportamento sexual ou o acto sexual, como se fosse afectada apenas por atributos biológicos e fisiológicos. Uma definição mais abrangente da sexualidade abarca não apenas os factores biológicos mas também os factores sociais e culturais:

A sexualidade é um aspecto central de ser um ser humano durante toda a vida e abrange sexo, as identidades e papeis do género, orientação sexual, eroticismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada e expressada através dos



Raparigas: espelhos das suas mães?

Foto: Ank Hermens

pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos, práticas, tarefas e relacionamentos. Enquanto que a sexualidade possa incluir todas estas dimensões, nem todas as dimensões são sempre experimentadas ou expressas. A sexualidade é influenciada pela inter-acção dos factores biológicos, fisiológicos, sociais, económicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, e religiosos e espirituais.

Os aspectos físicos e emocionais, atitudes, significados, práticas, comportamentos, identidades e conhecimentos todos, afectam a sexualidade. Todos estes factores são socialmente definidos e mediados por classe, etnia, género e idade. A sexualidade é um conceito multidimensional e dinâmico cujo significado e expressão mudam ao longo do tempo, e varia de uma cultura para outra para pessoas diferentes e em contextos diferentes. Um indivíduo experimenta a sexualidade de maneira diferente nos diferentes estágios da vida. A construção social da sexualidade também incorpora crenças individuais e colectivas, pensamentos e condições sobre a natureza do corpo humano, sobre as práticas sexuais, sobre os significados sexuais e orientação sexual que são percebidos como sendo apropriados ou impróprios para os homens e mulheres.

Os papéis de género e os desequilíbrios de poder desempenham um grande papel para a mediação da sexualidade, relações sexuais, assim como a saúde sexual e mal saúde. Em alguns países, as crenças sociais sobre a sexualidade realçam a agressão do homem e despertar sexual em contraste a passividade feminina e resistência. Os homens são considerados como os que actuam e dominam a relação sexual, enquanto que as mulheres sejam privadas do prazer sexual. Essas tarefas e construções prescritas do género podem inibir a habilidade de mulheres e homens de sentir o prazer de uma vida sexual sã. Por exemplo, em alguns países, tem se revelado que as tarefas socialmente construídas deixam as mulheres não informadas sobre os seus corpos, sujeitadas a discriminação e abuso, e com pouco amor próprio. Pelo contrário, as tarefas do género prescritas para os homens, em alguns lugares têm resultado num certo sentido de inutilidade e impotência quando eles não podem realizar o seu papel económico como sustentadores das suas famílias, e em caso extremo - quando os homens não são capazes de providenciar financeiramente para as suas crianças - não são acolhidos no lar como pai ou parceiro.

A família como promotora da saúde sexual?

Em muitas sociedades, as decisões relacionadas com a sexualidade, tais como quando engajar-se na actividade sexual pela primeira vez e quando é que se deve ter filhos, são influenciadas pela família e comunidade, assim como pelo indivíduo. Em muitos casos, as ideias das pessoas mais velhas são particularmente influencias.

Optimamente, a família pode e deve desempenhar um papel de protector, garantir a segurança e apoio nas vidas de jovens assim que venham enfrentar estas decisões importantes iniciais sobre as suas vidas sexuais. A evidência sugere contudo, que os pais em si próprios, muitas vezes não se sintam confortáveis em discutir a sexualidade com os seus filhos, por várias razões que vão desde a vergonha cultural ou social, associada com a discussão da sexualidade e práticas sexuais, ao medo e falta de conhecimentos sobre os seus próprios corpos e o seu funcionamento. Infelizmente, como resultado os pais são muitas vezes um impedimento – percebido ou real – ao processo da tomada de decisões sexuais do adolescente. Além da falta de conforto e conhecimentos, os pais muitas vezes têm dificuldades em compreender e adaptarem-se às forças externas que estão a remoldar a forma como as pessoas vivem e trabalham. A globalização entrou nas vidas das pessoas em toda a parte, com efeitos profundos na estrutura da família, coesão social e normas sociais e culturais. Onde as famílias uma vez viveram colectivamente no Sudeste da Ásia ou na África Austral, o imperativo económico agora obrigam os membros mais jovens a migrarem para as áreas urbanas ou zonas de comércio a procura de emprego e futuros supostamente melhores. Na Europa do Leste e na América Latina, os fortes laços comunitários deram lugar ao estilo de vida individualista com indivíduos e famílias nucleares tentando sobreviver por si próprios. Sem a influência contínua da família alargada e da comunidade, e os padrões tradicionais de socialização e aculturação, as pessoas – particularmente os jovens – frequentemente encontram-se em circunstâncias em que os ensinamentos que receberam sobre como organizar a sua vida social e sexual já não são aplicáveis. As imagens televisivas, mensagens radiofónicas e conversas através dos espaços de conversa no internet criam novos desejos e expectativas sexuais. Como resultado, as pessoas muitas vezes encontram-se em relacionamentos ou procuram relacionamentos que podem aumentar o comportamento de risco colocando-se a si próprios em situações em que ficam social e sexualmente vulneráveis. Para administrar estas forças concorrentes, são necessárias várias estratégias frequentemente com pontos de entrada múltiplas.

Dadas as forças concorrentes e ambiente em mudança, como é que podemos esperar os membros da família – a maioria dos quais sofrem constrangimentos sociais e culturais similares relacionados com a sua própria sexualidade – preparar o terreno para a fundação de expressões sexuais, comportamentos e experiências saudáveis das suas crianças? Contudo, os membros da família, como uma força dominante na vida da maioria das pessoas, devem ser incluídos no processo de mudança se a saúde sexual será promovida ou mantida. Há muitos exemplos de iniciativas para promover a mudança do comportamento sexual entre os jovens através da educação sexual que não tiveram sucessos porque os responsáveis da família e os guardiões de moralidade sexual e social não foram incluídos adequadamente.

O que aprendemos é que para promover a saúde sexual são necessárias discussões sobre a sexualidade. Para afectar a tomada de decisões sexuais e comportamentos, exige-se a quebra das barreiras culturais e sociais. As famílias e comunidades que são guardas dos sistemas de valores sociais, por mais desafiantes que seja, estão em tanta necessidade e que devem também ser alvejados, se formos a construir sociedades mais saudáveis sexualmente. ❖

Mudando o papel de género na Tanzânia

Artigo Especial

Joseph Mzinga

O papel da família na saúde sexual na Tanzânia, e particularmente na socialização do género, mudou significativamente devido a vários factores. O aumento do nível de educação entre 34.5 milhões de pessoas, a mudança de uma economia socialista dirigida pelo estado para um sistema de economia liberal e a mudança dum sistema unipartidário para um sistema multi-partidário que veio com mais liberdade de expressão, todos têm afectado os papéis do género e socialização desde os lares até ao nível do país. Muito recentemente, a migração em grande escala das zonas rurais para as zonas urbanas, a epidemia do HIV/SIDA, as forças de privatização e globalização têm incentivado um debate nacional sobre o papel da família na saúde sexual e socialização do género. Enquanto que a campanha contra o SIDA apela aos pais falarem abertamente com os seus filhos sobre o sexo mais seguro, a economia do mercado livre requer que os pais trabalhem dia e noite para garantir um rendimento familiar básico.

A socialização do género masculino

Desde uma idade nova, os rapazes na Tanzânia são socializados de acordo com as normas prevaescentes do género. Eles são expostos a pressão social das suas famílias, da comunidade e instituições tais como escolas, empresas e escritórios governamentais para agirem de acordo com o modelo dominante do comportamento masculino aceitável. As expectativas sociais também têm uma influência bastante forte no futuro papel do homen no casamento e na vida da família, e na sexualidade e reprodução.

Embora haja evidências de mudanças do papel do género masculino e feminino, as feições dominantes da masculinidade na Tanzânia continuam a ser a autonomia económica e o casamento. Muitas raparigas e mulheres ainda consideram como papel do homen sustentar a família. Esta é a razão fundamental pela qual a maioria dos jovens do sexo masculino imigrem para as zonas rurais, na medida que tentam atingir estas expectativas sociais rigidamente definidas. O sucesso económico é também essencial para responder a um outro elemento chave da expectativa sócio-cultural: o casamento. Casar-se e ter uma família é a meta central na vida de muitos jovens tanzanianos. Contudo, muitos jovens, sentem-se incapazes de competir com os homens mais velhos, que trabalham nesta 'economia baseada no género', uma vez que eles não sejam capazes de responder às exigências financeiras das jovens. Sem recursos financeiros um homen não pode ter a expectativa de casar nem mesmo satisfazer uma namorada. Os índices de desemprego crescentes ainda diminuem o acesso dos jovens aos recursos financeiros e impedem-nos de atingir as expectativas sociais do homen. A maioria deles vão atrasar o casamento até que tenham dinheiro suficiente ou emprego. Este atraso tem implicações para a sua identidade masculina e resulta em frustrações entre os jovens, porque o casamento é considerado um rito essencial na passagem de adolescência para a idade adulta.

A posição de raparigas e mulheres na Tanzânia

Neste contexto onde os homens são previstos a ganhar o pão, os rapazes são geralmente vistos como um bem e um investimento para os pais quando estes ficarem mais velhos. É por isso que os rapazes recebem um tratamento de preferência em muitos aspectos da vida, incluindo educação. Esta preferência social dos rapazes pela família, comunidade e o sistema legal, dá-lhes mais opções de terem sucessos na vida do que as raparigas. Muitos



Desde a tenra idade, as raparigas e os rapazes são socializados de acordo com as normas do género

continuam a considerar raparigas como pessoas que devem apenas ser casadas e com a sua família beneficiando do dote pago pela família do marido.

Na escola, as raparigas são muitas vezes dadas actividades domésticas, tais como a busca de água para os professores e cozinhar para os solteiros, limitando o seu tempo para estudar. Os rapazes são dados mais tempo depois de escola para desporto, enquanto que as raparigas são normalmente designadas trabalhos de casa. Um relatório recente da UNICEF calcula que três milhões de crianças com idade escolar estão fora da escola a metade das quais são raparigas. Entre os factores que impedem as raparigas de concluir a escola são a gravidez durante a adolescência e casamentos prematuros forçados por causa dos ganhos económicos para a família. Um outro factor é a socialização na escola baseada no género que reforça o papel tradicional do género através da promoção de um comportamento agressivo para os rapazes e comportamento passivo para as raparigas. As raparigas são exigidas a tomar conta dos doentes e irmãos mais novos, assim prevenindo-as de frequentar a escola regularmente.

O período escolar é também tempo de mudanças biológicas, mas frequentemente não há acesso à educação sexual. O sistema de paternidade mudou muito na Tanzânia: o sistema da família alargada que permitia os avós ensinar os seus netos sobre os valores da

comunidade está cada vez mais a desaparecer. Muitas comunidades abandonaram o treinamento tradicional, *jando e unyago*, que preparava as crianças da idade dos 13 anos para a transição da infância para a idade adulta. Este treinamento preparava para as tarefas e responsabilidades de paternidade e enfocava nos assuntos relacionados com a sexualidade, papéis do género, como tomar conta da comunidade, das crianças e vizinhos.

Uma pesquisa recente na Tanzânia revelou um crescimento de lares chefiados por mulheres devido ao aumento de mortes dos parceiros – sobretudo devido ao SIDA – e uma onda de casamentos desfeitos, a maioria causados pela destruição social como resultado da globalização e programas de ajustamento estrutural. Muitos homens que eram os que ganhavam o pão foram despedidos em massa dos seus locais de trabalho devido à privatização. Os homens desempregados e frustrados nas cidades e camponeses que não podem gerar rendimentos suficientes dos seus produtos agrícolas e podem deixar explodir a sua zanga vitimizando as suas esposas. Isto pode por sua vez resultar na criação de crianças sem os dois pais.

Estes factores biológicos e sócio-económicos têm um impacto na socialização do género a nível dos lares e da comunidade, fazendo que as raparigas sejam crescentemente vulneráveis a problemas sexuais e de saúde reprodutiva. Muitas raparigas vivem à custa dos homens que as convencem a ter sexo desprotegido em troca de pouco dinheiro. Como resultado, muitas raparigas ficam grávidas e são conseqüentemente mandadas fora da escola. Também muitas raparigas contraem o HIV e outras ITSs.

Educação sexual e saúde sexual

Apesar da situação grave de HIV/SIDA e as várias campanhas de educação, muitos pais continuam a evitar falar com os seus filhos em profundidade sobre sexo e a sexualidade, um tópico que continua ser um tabu. Até aos meados dos anos 1950, realizava-se em muitas partes do país treinamento tradicional especial de saúde sexual para os rapazes e raparigas com idades de 13 anos, discutindo abertamente assuntos sobre a saúde sexual reprodutiva. As raparigas eram ensinadas sobre como poderiam tornar-se boas mães (*unyago*) e os rapazes eram ensinados como poderiam tornar-se bons pais (*jando*). Os novos padrões sócio-económicos, migrações do meio urbano para o meio rural e os sistemas de educação formais resultaram no abandono por quase todos os 120 grupos étnicos na Tanzânia, desta educação sexual tradicional.

Presentemente, existe uma grande lacuna na educação sexual, uma vez que os sistemas primários de ensino não possuem um currículo de escola sobre a saúde sexual e reprodutiva. Muitos rapazes e raparigas entram a puberdade antes de completar o seu ensino primário. Portanto, nesta fase importante das suas vidas, os rapazes e raparigas são forçados a aprenderem sobre o sexo através dos seus contemporâneos.

Com a chegada do HIV/SIDA na Tanzânia no início dos anos 80, muitos jovens eram considerados como um grupo livre do risco de contrair HIV. Nos finais dos anos 80 e início dos anos 90 muitos homens recorriam às alunas para a satisfação das suas necessidades sexuais. Como resultado, muitos adolescentes – principalmente as raparigas – foram infectados com HIV e estão agora morrendo de doenças relacionadas com o SIDA.

Sessenta por cento das novas infecções do HIV na Tanzânia ocorrem entre as pessoas com idade inferior a 25 anos, a maioria entre 17 e 19 anos de idade.

Os preservativos ficaram mais associados com a prevenção do HIV do que o controlo de natalidade. Os jovens, ambos rapazes e raparigas não gostam de preservativos e o seu uso é, na melhor de hipóteses irregular. Depois de estabelecer um certo grau de confiança o uso do preservativo para a prevenção da gravidez é desviado para focar no conhecimento dos dias "seguros". A sociedade sempre considera a gravidez antes do casamento como resultado inoportuno da actividade sexual, má sorte ou acidente. Os jovens geralmente negam a sua responsabilidade por uma gravidez e abandonam a rapariga por vários motivos: a incapacidade de tomar conta da mãe grávida e o bebé por nascer; o medo de ser levado ao tribunal (se a menina ainda estiver na escola); e as dúvidas do rapaz sobre a sua paternidade real, assumindo que a rapariga teve outros parceiros sexuais. Os jovens, particularmente se estiverem desempregados, sentem-se mal preparados para responder às exigências e custos de apoiar uma rapariga ao longo da sua gravidez.

Relações do género, força económica e estupro

Muitas pesquisas têm revelado que a expectativa de ter alguma forma de troca nos relacionamentos entre os jovens e as jovens desempenham um papel muito importante na coersão sexual e estupro. Os jovens fazem uma distinção entre forçar uma rapariga ou mulher a ter sexo utilizando a violência ou esturprá-la, ou forçando a mulher a ter sexo depois de contrair algumas despesas. A última – geralmente conhecida como o "estupro de namoro" – continua a não ser considerado 'estupro por muitos jovens.

As mesmas pesquisas mostram que, embora os factores económicos joguem um papel chave na estruturação dos relacionamentos sexuais entre homens e mulheres, os ganhos monetários não são apenas a única razão para mulheres terem relacionamentos sexuais: o desejo e satisfação sexual são também importantes. Contudo, as frustrações de alguns jovens na sua falta de dinheiro é dirigida para as mulheres, que supostamente só querem sexo para dinheiro. Os casos de estupros são também geralmente reportados na mídia tanzaniana.

Apesar desta situação difundida, muitos jovens na Tanzânia contemporânea, expressam o seu desejo para um verdadeiro amor, confiança, respeito e um relacionamento monógamo, reflectindo as normas sócio culturais prevaescentes entre os homens no país. Embora todos os jovens tenham um forte desejo de casarem-se e ter uma família, para muitos deles isto está fora do alcance no futuro imediato por causa de recursos financeiros inadequados.

As questões do género e recursos financeiros também interagem para ter um impacto na sexualidade. A desigualdade do poder entre homens e mulheres determina como é que a sexualidade é expressa e experimentada. Neste contexto de desigualdade do género, o prazer sexual masculino suplanta o prazer feminino e os homens têm mais controlo do que mulheres sobre quando, aonde e como o sexo deve ter lugar. Numa sociedade patriarcal onde os homens são exigidos a agir como chefes dos lares, mas são frequentemente incapazes de satisfazer esta norma devido a pobreza e desemprego, a promiscuidade sexual torna-se como forma de demonstrar a masculinidade. Ao

mesmo tempo, as mulheres e raparigas, enfrentadas com ainda menos oportunidades de acesso directo ao rendimento, pouco acesso ao poder de tomar decisões, assim como o processo de socialização que reforça pouco amor próprio, muitas vezes recorrem ao sexo de transação para a satisfação das suas necessidades diárias. Desta maneira, dentro e fora do casamento, os corpos das mulheres são muitas vezes transformados num joguete para negociação e troca.

Mudando as relações do género

O local de trabalho tem sido o lugar principal para a troca de relações de género na Tanzânia. Embora os empregos remunerados (também para os homens) passem a ser cada vez mais raros como resultado da crise económica e a subsequente reestruturação da economia, as mulheres entraram no sector informal, geralmente como donas de negócios, a fim de garantir rendimentos para as suas famílias. As mulheres são também cada vez mais visíveis nos empregos remunerados e posições no governo.

Esta mudança da posição das mulheres pode ser parcialmente atribuída à participação da Tanzânia na Quarta Conferência Mundial das Nações Unidas sobre a Mulher, realizada em 1995 em Beijing, que realçou a igualdade de direitos para os homens e mulheres. A Tanzânia está entre os poucos países da África Austral cuja constituição refuta qualquer tipo de discriminação baseada no sexo, e reconhece a igualdade do género. Contudo, apesar de todos estes esforços, apenas poucas mulheres foram nomeadas para ocupar posições mais altas no governo.

No clima actual sócio-económico da Tanzânia introduzido pela globalização, privatização, liberalização económica e um papel reduzido do estado na prestação de serviços de saúde e educação, não existem soluções rápidas nem fáceis aos problemas de desemprego e desigualdade do género entre os jovens. As mudanças vão exigir um compromisso a longo termo do governo assim como das comunidades nas quais pertencem os jovens. As iniciativas das ONGs podem também desempenhar um papel importante para facilitar esta mudança.

Fazendo advocacia para a mudança social em prol da igualdade do género

O Programa da Rede sobre o Género na Tanzânia (TGNP) é uma ONG que faz advocacia para a transformação social em prol da igualdade de direitos, oportunidades iguais e igual acesso e controlo dos recursos por mulheres, jovens e outros grupos marginalizados. Em 1996, a TGNP juntamente com outras 30 organizações criou a Coligação de Activistas Femininos (FemAct) um grupo de pressão comprometido a facilitar a mudança social na Tanzânia e além.

As pesquisas e acções da TGNP e FemAct têm demonstrado que o HIV/SIDA e muitos outros problemas relacionados com desigualdade do género e a socialização do género não podem ser separados da pobreza extrema, falta de recursos, e a sobrecarga de trabalho para as mulheres. As estruturas institucionais a nível local e nacional influenciam o contexto sócio-cultural que molda as formas pelas quais homens e mulheres interagem um ao outro, inclusive nos relacionamentos sexuais. Apesar da existência de políticas de igualdade de género, as mulheres na Tanzânia continuam a ter cada vez menos direitos e privilégios do que os homens. O seu acesso à educação e treinamento, assim como os seus direitos à propriedade estão restritos pelas normas e valores sócio-culturais patriarcais. Poucas mulheres têm acesso a posições de poder e influência. Esta situação complexa, exige uma análise do género que desafia as políticas, leis e instituições que perpetuam a desigualdade do género em todos os níveis da sociedade. TGNP e a organização parceira FemAct estão engajadas em tratar de questões estruturais nas famílias, comunidades e a sociedade tanzaniana como um todo, na sua luta para uma sociedade mais equilibrada em termos de género. ❖

Joseph Mzingo, Tanzania Gender Networking Programme (TGNP); P.O. Box 8921, Dar es Salaam, Tanzania; Tel.: +255-22-244.34.50/244.32.05/244.32.86, fax: +255-51-432.44, e-mail: joseph.mzingo@tgnp.co.tz, web: www.tgnp.co.tz

Aprendendo o papel do género em famílias pobres no Chile

Ximena Sánchez Segura

Na maioria das sociedades modernas, a igualdade genuína entre os homens e mulheres continua a ser um grande desafio, apenas existe uma tendência para a igualdade. Embora as mulheres tenham cada vez mais acesso à educação, emprego e novos cenários sociais, elas devem ainda desempenhar as suas tarefas tradicionais como mães, esposas e mulheres domésticas. Por outro lado os homens também mantêm o seu papel tradicional e têm raramente adoptado as novas tarefas complementares solicitadas pela sociedade contemporânea. Os nossos estudos sobre os papéis do género demonstraram que as diferentes culturas definem o padrão de comportamento de cada sexo, com uma diferenciação mais rígida entre o homem e a mulher nas sociedades tradicionais do que nas sociedades mais modernas. A internalização dos papéis do género acontece principalmente durante a chamada socialização primária na família e na escola - instituições que continuam a estar directamente ligadas a sociedade tradicional.

O papel da família na socialização

A socialização é o processo mais importante na vida de um indivíduo, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades sociais assim como a aprendizagem de normas e valores que permitem uma participação adequada na sociedade. Durante este processo, a família

é um dos ambientes sociais mais importantes uma vez que permita a ligação com a estrutura social. A possibilidade do desenvolvimento de uma criança depende em grande medida das características da sua família e a posição sócio económica na sociedade. Assim, a socialização também implica a *diferenciação* social,



Raparigas Chilenas tentando criar uma nova imagem de si próprias, livres de influência associada ao género

assim que prepara os rapazes e as raparigas a fazerem parte de um certo grupo social específico.

O processo de socialização é vital para a internalização da realidade social e cultural. O processo é também seguido com altas emoções: os rapazes e as raparigas identificam-se com essas realidades, o que determina quais são os aspectos e conteúdos que eles consideram ser suficientemente importantes para fazerem parte das suas próprias normas, valores e vidas. O processo da socialização primária vai para além do processo de aprendizagem cognitiva e permanece firmemente enraizado na consciência de raparigas e rapazes – e em grande parte do que qualquer outra segunda socialização subsequente.

A socialização, pobreza e socialização do género

Acontece que as raparigas e os rapazes dos grupos mais pobres na sociedade são socializados de acordo com a realidade social e económica e cultural das suas famílias. O nosso estudo realizado em 1999 sobre as características da socialização nas famílias rurais pobres nas regiões de Valparaíso no Chile demonstrou que a orientação sexista e preconceitos baseados no género continuam a desempenhar um papel importante nestas famílias.

Contudo, pode se observar mudanças interessantes em relação aos meios de socialização usados: 49% das famílias educam e socializam os seus filhos de uma forma participativa; 39% usam uma combinação de formas participativas e repressivas; e apenas 12% das famílias usam predominantemente o estilo repressivo. Considerando o facto de que as famílias estudadas são pobres, esta tendência clara em direcção a métodos participativos pode significar que a modernização e a influência de outros agentes de socialização, tais como os meios de comunicação social introduziram mudanças nos padrões culturais deste tipo de famílias. A análise adicional dos dados revela uma tendência entre os pais de favorecer a recompensa do que a punição como uma forma de controlo. Contudo, uma percentagem maior de pais recompensam as suas filhas mais do que os seus filhos. Foram encontrados resultados semelhantes em outros estudos.

A influência da classe social nos padrões de socialização

Outros estudos confirmam que a socialização das crianças tem a tendência de ser mais tradicional e com preconceitos do género entre as classes mais baixas do ponto sócio-económico. Pode se encontrar nos adolescentes uma diferença nítida sobre o papel do género. Estes resultados são exemplificados em várias áreas:

❖ *A influência da "cultura da pobreza"* – O processo da socialização do género parece estar influenciado por um conjunto de características da sociedade e família – a chamada "cultura da pobreza" – que influencia negativamente o processo de aprendizagem dentro da sala de aulas e a integração subsequente dentro da sociedade. Mesmo quando as pessoas compartilham a cultura geral da sociedade, normas e valores, os grupos mais pobres demonstram feições sociais e culturais específicas; estas incluem a incapacidade e fatalismo aprendidos; uma perspectiva 'machista' e culto de masculinidade, onde os homens não desempenham nenhuma tarefa doméstica; uma prevalência mais elevada de violência física; um número mais elevado de lares chefiados por mulheres; uma orientação mais forte dirigida a viver no presente, e uma falta de visão para o futuro.

❖ *Comunicação dentro da família* – Um outro resultado é de que entre os grupos mais pobres, a comunicação dentro da família tem a tendência de ser mais 'vertical'. No caso das raparigas do que com os rapazes, onde a comunicação é mais 'horizontal' sugerindo um preconceito negativo para os padrões de socialização das raparigas. Da mesma maneira, o nosso estudo verificou que as tarefas baseadas no género que os rapazes e raparigas devem desempenhar dentro da família, são bastante rígidas, principalmente para as raparigas.

❖ *A influência da educação* – A educação é considerada como um factor importante da modernização social e um meio de mobilidade social, mudança e transformação. Contudo, embora existam políticas, estratégias, programas e intervenções para promover educação entre os grupos mais pobres e carentes na sociedade, os avanços têm sido modestos e limitados.

Entre os estudantes do ensino secundário, com idades de 15-19, não se encontrou grandes diferenças em termos de tempo disponível para estudar: cerca de 60% das jovens e um pouco menos de 50% dos jovens podem passar o seu tempo exclusivamente nos estudos sem terem que assumir outras responsabilidades. Contudo, podem ser vistas diferenças típicas baseadas no género entre os jovens que abandonam os seus estudos. Cerca de metade das jovens que abandonaram escola passam o seu tempo fazer tarefas exclusivamente domésticas enquanto que quase todos os jovens conseguem ter emprego, o que lhes permitir obterem novas habilidades e aumentarem as suas opções para o futuro. A nossa análise do caso do Chile mostra que 18% dos homens que abandonaram os seus estudos são activos no mercado do trabalho, enquanto que 10% das mulheres que abandonaram os seus estudos estão no mercado do trabalho, 8% dos quais são trabalhadoras domésticas.

Estes resultados demonstram empiricamente que as características económicas e o clima de educação em casa, assim como o abandono prematuro da escola são factores importantes na reprodução do papel tradicional do género entre as famílias mais pobres. Por outro lado,

um nível de educação mais elevado dos pais tem uma influência positiva numa concepção mais igualitário dos papéis do género. Para além disso, a influência do clima de educação dos lares pobres tem a tendência de diminuir depois da infância.

❖ *A influência da mídia na socialização do género* – Os meios modernos de comunicação, tais como jornais, revistas, filmes, rádio e para além de tudo a televisão, têm atingido um grau de difusão sem precedentes. Um grande número de pessoas passam a maior parte do seu tempo a ler, ver e escutar os meios de comunicação para satisfazerem as suas necessidades de informação e divertimento. Raparigas e rapazes passam mais tempo assistir a televisão do que estudar na escola. Como resultado, os meios de comunicação social têm uma grande influência na socialização em geral, socialização do género e comportamento social em particular através da representação às crianças, de imagens baseadas no género diferentes de si próprios e do mundo.

De acordo com as teorias dos meios de comunicação social geralmente mais aceites, os utentes em si próprios tomam a decisão de quando, como e que tipo de meios de comunicação querem usar. Os diferentes agentes de socialização – e particularmente a família – têm uma forte influência nos valores, crenças e atitudes que determinam as preferências dos utentes com respeito aos meios de comunicação. Portanto, as diferenças na socialização da família, relacionada com a classe social resultarão em padrões diferentes de utilização dos meios de comunicação social e percepções diferentes das mensagens. Os estudos sobre a exposição à televisão e o género têm demonstrado que os rapazes assistem a televisão mais do que as raparigas. Isto parece sugerir que os programas televisivos para as crianças satisfaçam as expectativas ou preferências dos rapazes mais do que das raparigas. Quanto mais tradicional for o processo de socialização em termos dos papéis do género, quanto mais forem as probabilidades de raparigas e rapazes verem o mundo de acordo com o que se espera deles como raparigas ou como rapazes.

Em direcção à igualdade do género: lições aprendidas

Os estudos revelam desigualdades importantes nos processos de socialização de raparigas e rapazes, que são especialmente fortes entre as famílias pobres. As variações estruturais, tais como classe social, têm uma forte influência nas formas como as famílias socializam as suas filhas e filhos, estabelecendo modelos e normas de comportamento social diferentes e com base no género. A internalização destes papéis do género tem consequências importantes para as formas como rapazes e raparigas agem, nos diferentes contextos e ambientes sociais. Portanto, ao lutar para a igualdade do género, é vital que se responda às necessidades e exigências das 'mulheres e raparigas' duma perspectiva integral e a longo termo.

Apesar de algumas mudanças nos papéis atribuídos aos homens e mulheres na sociedade moderna – incluindo o Chile – estas novas tarefas não são sempre realizadas em muitos respeitos. Esta falta de mudança é fundamentalmente devido ao facto de a socialização dos papéis do género ocorrerem principalmente durante a socialização primária na família e na escola, ambas das quais ainda ficam muito entrincheirados nos padrões sócio-culturais tradicionais da sociedade. Uma melhor compreensão da importância da socialização (primária) e educação como sendo processos fundamentais na formação do indivíduo social vai permitir o desenvolvimento de políticas e estratégias mais eficazes e melhor coordenadas para promover a igualdade do género. ❖

Ximena Sánchez Segura, Professor, Faculdade das Ciências de Educação, Universidade de Playa Ancha; Avenida Playa Ancha 850, Valparaíso, Chile; Tel.: +563-2-50.02.93, fax: +563-2-28.11.17, e-mail: xsanchez@upa.cl, web: www.upa.cl/educacion/index.htm

Nota: O artigo apresenta os resultados dos três projectos de estudos financiados pela Universidade da Playa Ancha (EDUI/9798, EDUI/9920 e EDUI/010102).

A magnitude das respostas baseadas na fé aos problemas dos órfãos na África sub-Sahariana

Geoff Foster

A crise das crianças deixadas por trás pelo SIDA é um desafio humanitário, de desenvolvimento e de direitos humanos com proporções sem precedentes. Nos sete países da África Austral – a região mais severamente afectada – é previsto que o número de crianças órfãos que perderam ambos pais aumentará de 0.2 para 2.7 milhões nos próximos anos. Até 2010, os órfãos constituirão pelo menos 15% da população infantil em doze países da África; cerca de três quartos de órfãos duplos no mundo serão da África. A escala da epidemia na África faz com que as suas repercussões sejam qualitativamente diferentes das outras partes do mundo. Os efeitos sociais e económicos do HIV/SIDA nas crianças incluem malnutrição, migração, desabrigo e acesso reduzido à educação e cuidados sanitários. Os efeitos psicológicos incluem depressão, sentimento de culpa e medo, conduzindo possivelmente a problemas de saúde mental a longo termo. A combinação destes efeitos nas crianças aumenta a sua vulnerabilidade a várias consequências, incluindo a infecção do HIV, analfabetismo, pobreza, trabalho infantil, exploração e a probabilidade de desemprego.

Tradicionalmente tem se dito que não existe tal coisa como um órfão na África; as crianças que perdem os seus pais são normalmente incorporadas em casa de um familiar e são tratadas da mesma maneira como as suas

crianças biológicas. Muitos fazem o melhor para manterem as crianças na escola, isto inclui emprestar dinheiro através das redes informais e através da venda dos seus próprios bens. Mas com o crescimento do

Artigo
Especial



O melhor futuro depende do progresso da luta contra SIDA

Foto: Joost Hoppenbrouwer

número de órfãos, um número reduzido de pessoas que prestam cuidados e famílias debilitadas, as famílias alargadas jamais são o ninho de segurança que uma vez já foram, embora permaneçam como fonte predominante de cuidados para os órfãos na África.

As famílias; e comunidades locais têm mostrado uma resistência e criatividade notável ao responder às necessidades das crianças afectadas pelo HIV/SIDA. Em toda a África; a religião está sempre presente e é parte integral da vida comunitária – mais de 85% da população está envolvida em certa forma de associações religiosas. As comunidades religiosas oferecem uma rede de instituições mais ampla, viável e melhor organizada em ambos níveis, locais e nacionais. Muitas dessas instituições estão agora a responder ao impacto multi-dimensional do SIDA, particularmente nas crianças.

Entretanto, os grupos religiosos às vezes são percebidos como se estivessem a responder ao HIV/SIDA em termos negativos. Para além disso, no passado o apoio religioso aos órfãos resultou no estabelecimento de instituições residenciais infundadas do ponto de desenvolvimento, ao invés de manter as crianças nas suas famílias e comunidades. Contudo, nos últimos anos tem havido uma proliferação notável de programas de apoio baseados na comunidade para os órfãos e crianças vulneráveis (OVCs) estabelecidos pelas organizações baseadas na fé (FBO).

A maioria das respostas baseadas nas congregações da fé e respostas pessoais são em pequena escala e tem sido difícil medir o seu impacto cumulativo em comparação com os programas mais visíveis das ONGs. A falta de sensibilização sobre os mecanismos comunitários de lidar com a situação é o maior entrave para muitas organizações de desenvolvimento. Em muitos lugares, mesmo até os mais pobres e os mais vulneráveis colocaram mecanismos ingénuos de resistência para lidar com a situação, tais como, grupos

de auto-apoio, associações de funerais, esquemas para emprestar sementes e clubes rotativos de crédito e empréstimos. Estes métodos de lidar com situações são aspectos positivos e exitosos de vida quotidiana que não são sensacionais e quase invisíveis ambas para as pessoas estranhas ou familiares ao grupo.

Devido a falta de documentação do trabalho dos grupos religiosos no apoio aos OVCs as suas actividades ficam sem apreciação e mal apoiadas. Um estudo recente documentou as respostas das Organizações Baseadas na Fé (FBO) ao assunto dos Órfãos e Crianças Vulneráveis (OVCs) na África do Leste e África Austral. Os resultados preliminares sugerem que a maioria das respostas congregacionais são iniciativas voluntárias informais de um líder religioso ou os leigos, do que projectos realizados por governantes dos Órgãos Coordenadores da Religião (RCBs). As respostas da maioria das congregações são estabelecidas por causa do número crescente dos OVCs dentro das comunidades. As actividades de apoio incluem visitas aos lares, apoio espiritual, aconselhamento, provisão de alimentação, roupa, cuidados médicos, pagamento das propinas escolares, construção de abrigo, ajuda com os trabalhos domésticos e assistência na agricultura.

Muitas iniciativas oferecem cuidado e apoio às crianças vulneráveis independentemente da sua fé. Muitas envolvem voluntários que fazem visitas aos lares afectados várias vezes por semana, tomar conta das crianças com idade pré-escolar e bebés seropositivos, ou alimentar, educar e treinar crianças nas escolas maternas ou centros de reabilitação para os meninos da rua. Os voluntários estão altamente engajados e oferecem os seus serviços gratuitamente, embora muitas vezes não tenham habilidades e precisam de treinamento, particularmente sobre HIV/SIDA e aconselhamento. Poucas respostas congregacionais recebem financiamento externo; a maioria depende do apoio que frequentemente não é adequado, dos seus membros e outros simpatizantes dentro da comunidade.

No Quênia, das 164 congregações entrevistadas, 85% tinham desenvolvido uma resposta de apoio aos OVCs, com 145 congregações apoiando aproximadamente 27,500 OVCs. No Uganda, das 68 congregações estudadas, 48 congregações apoiaram aproximadamente 7,500 OVCs. Dos 79 RCBs entrevistados no Uganda, 52 apoiaram mais de 16,000 OVCs, quer directa ou indirectamente através das suas congregações. Resultados semelhantes foram encontrados no Malawi, Moçambique e Namíbia. A maior parte das iniciativas querem expandir-se e aumentar as suas actividades, mas estão limitadas por falta de capacidade administrativa e finanças.

Aumentando a escala: a necessidade de desenvolver as iniciativas locais existentes

A fim de expandir as respostas aos OVCs de forma sustentável, é necessário considerar as respostas comunitárias, ao invés de focar em grandes planos para aumentar a escala das iniciativas implementadas pelo governo ou organizações internacionais. O apoio externo pode comprometer facilmente os esforços locais, mudar a natureza da solidariedade comunitária e alterar as motivações que impelem as iniciativas enraizadas nas massas. As agências internacionais e nacionais devem entender que o problema dos órfãos não é primariamente o seu problema, mas que pertence às comunidades afectadas, muitas das quais já estão a

desenvolver soluções apropriadas ao contexto. Nesta perspectiva, a responsabilidade primária das agências externas é em primeiro lugar compreender e depois reforçar os programas, actividades, e os esforços iniciados pelas comunidades. As respostas dos Órgãos Coordenadores da Religião têm o potencial de expandirem o seu apoio às crianças vulneráveis porque a maioria tem estruturas formais através dos quais canalizam o apoio, trabalhadores pagos, escritórios, sistemas e procedimentos para orientar as suas operações. Capacitar os RCBs a prestarem apoio técnico e recursos materiais e financeiros para as congregações, deve ser a maior estratégia das agências que procuram responder à crise dos órfãos.

A escala e a duração da pandemia do SIDA apresenta um desafio fundamental para o mundo. Para prevenir o alastramento da infecção do HIV e mitigar o impacto do SIDA, são necessários compromissos de longo termo. As organizações religiosas já provaram a sua sustentabilidade através da presença contínua nas comunidades humanas desde há séculos. Elas resistiram aos conflitos, desastres naturais, pragas e opressões políticas. Os membros dos grupos religiosos têm demonstrado o seu compromisso de responder às necessidades humanas, baseadas nos ensinamentos morais da sua fé, voluntariamente e dentro de um longo período de tempo. Assim que a pandemia do SIDA continuar a criar um "deficit de carinho" – corroendo a capacidade das comunidades de tomar conta dos que estão afectados – as organizações religiosas vão ser fundamentais para sustentar os mecanismos comuni-



Milhões de órfãos e crianças vulneráveis na África estão a espera de amor carinhoso e apoio

Foto: Joost Hoppenbrouwer

tários de lidar com a situação e responder ao impacto da doença. ❖

Geoff Foster, Pediatrista e Fundador da Family AIDS Caring Trust, Mutare, Zimbabwe; Tel.: +263-20-61.650, fax: +263-20-65.281, e-mail: gfoster@syscom.co.zw

Desenvolvimento e a epidemia de HIV: reforçando os programas multi-sectoriais

Desmond Cohen

Considerando a história do combate ao SIDA, a pergunta que surge é: porque é que tem sido tão difícil redefinir a epidemia como uma questão de desenvolvimento? Na maioria dos países em desenvolvimento o Ministério da Saúde tem sido responsável por lidar com o HIV/SIDA, e a resposta enfoca num conjunto estreito de actividades relacionadas com a saúde, embora a epidemia tenha as suas causas estruturais enraizadas nos contextos social, económico, cultural e político dos países em desenvolvimento que não tem haver com a saúde. Mesmo dentro das organizações de desenvolvimento tais como o PNUD e o Banco Mundial, tem havido uma relutância profunda de se envolverem nos assuntos do HIV/SIDA, apesar de evidência em aumento de que a epidemia afectou os seus objectivos núcleos de desenvolvimento e redução da pobreza. Igualmente, muitos doadores e ONGs de desenvolvimento têm sido muito demorados em reagir ao SIDA. Embora a epidemia seja agora geralmente reconhecido como uma questão de desenvolvimento, continua a ser um desafio desenvolver uma resposta que trata totalmente o assunto como tal.

O presente estado de pensamento sobre o HIV/SIDA muitas vezes carece de uma compreensão coerente e consistente dos assuntos, particularmente sobre o impacto sistemático do SIDA no desenvolvimento. Os modelos simplísticos de mudança de comportamento concentram-se no indivíduo ao invés de enfocarem no papel da comunidade e dos valores e normas do grupo no que diz respeito a comportamentos sexuais e consumo de drogas. Da mesma forma, as respostas ao impacto do SIDA na sociedade e economia normalmente conseguem reflectir as interacções complexas. Portanto, reconceptualizar a epidemia como uma questão de desenvolvimento – enfocando na interdependência dos relacionamentos sociais e económico a nível do país,

comunidade e família – é um passo chave para a formulação de políticas e programas relevantes e eficazes.

Reforçando o compromisso

Embora um número crescente de países estejam envolvidos no desenho de programas multi-sectoriais, o compromisso real às abordagens abrangentes ao HIV/SIDA continua muito baixo. Mesmo com a morbidade e mortalidade massiva afectando todas as classes sociais, os intervenientes ainda são capazes de permanecer cegos ao HIV/SIDA ambas nas suas vidas pessoais e profissionais. A falta da vontade de muitos

Artigo
Especial



Preparando o plano estratégico multisectorial distrital sobre o HIV/SIDA

governos pode ser parcialmente devido à apresentação do HIV/SIDA como um problema de saúde, mas também pode ser devido a falta de argumentos a favor de acção conjunta, embora existam argumentos convincentes:

- ❖ O HIV/SIDA é uma ameaça para a saúde pública, sendo uma doença infecciosa mortal que pode espalhar-se rapidamente entre a população geral, e colocar uma pressão enorme nos recursos de saúde pública.
- ❖ O HIV/SIDA é uma ameaça ao desenvolvimento social e económico, que vai ao longo do tempo reduzir o potencial de melhorar os padrões de vida da população como um todo.
- ❖ Existe um caso moral para acção, uma vez que os infectados e afectados pelo HIV têm o direito de acessar os recursos públicos para ajudá-los a lidar com os efeitos do HIV/SIDA.

Apoiando os que estão afectados pelo HIV/SIDA

No centro da resposta multi-sectorial ao HIV/SIDA existem políticas e programas para apoiar aqueles que estão infectados ou afectados. Em muitos países, as Pessoas que Vivem com HIV/SIDA (PVHS) estão agora a ser consideradas como parte da solução e estão cada vez mais envolvidas nas políticas e programas. Uma resposta eficaz é aquela pela qual todos vencem e ninguém perde:

- a) *Os indivíduos e famílias* ganham dos programas eficazes de apoio, tais como acesso à saúde básica, apoio económico às famílias afectadas, suplementos suplementares e apoio psico-social. Desta forma, as PVHS podem permanecer produtivas por 1 mais tempo; as famílias ganham pelo facto de que rendimento do trabalho vai continuar; e as crianças ganham porque continuam a receber um apoio económico e social através das suas próprias famílias.
- b) *O Estado ganha*, porque as pessoas continuam a trabalhar, pagar impostos, apoiar as suas famílias e não diminuem os serviços de apoio estatal. Para além disso, a produção nos sectores chaves e serviços chaves tais como a educação e saúde não é interrompida uma vez que estes são também sustentados.
- c) *O sector privado ganha* porque a continuidade do trabalho é sustentada e as habilidades continuam a ser disponíveis à empresa, o que significa menos absentismo e interrupção do trabalho, menos despesas de re-treinamento, e produtividade mais elevada.

Criando um ambiente acolhedor

A prevenção e cuidados eficazes não são viáveis sem ambientes acolhedores. Isto exige que os serviços apoiem os que estão infectados e afectados, assim como a necessidade de um quadro legal para proteger os seus direitos. Central a uma resposta eficaz é a mobilização da sociedade civil porque os recursos localmente baseados para os vários tipos de apoio são justamente mais eficazes. Um ambiente acolhedor na área de prevenção, implica normas sociais e culturais que apoiam os comportamentos e medidas de protecção. Os ambientes acolhedores são também críticos para os elementos não preventivos para uma resposta eficaz ao HIV. Por exemplo, à disponibilidade aumentada e custos reduzidos das drogas anti-retrovirais (ARVs) agora faz bom sentido económico disponibilizar os ARVs. Contudo, é preciso reconhecer que a terapia antiretroviral não é a solução à epidemia do HIV. A solução continua a encontrar-se na mudança das condições estruturais que resultam na transmissão do HIV e piora o seu impacto social, político e económico.

Reforçar a capacidade

Uma vez que o HIV seja concentrado entre o núcleo da população trabalhadora que também tem tarefas sociais importantes – particularmente o apoio e a socialização das crianças – são perdidos muitos recursos humanos críticos para o reforço da capacidade e manutenção de lares como empresas produtivas. Sustentar este capital humano é questão importante, por isso, o reforço da capacidade deve ser uma parte integral de todos os projectos e programas. O reforço da capacidade não significa apenas treinamento do pessoal ou a criação de novas organizações, mas também exige um ambiente acolhedor a fim de garantir que as pessoas sejam utilizadas eficazmente, mantidas dentro das suas organizações, e motivadas a desempenhar as suas tarefas. Isto também exige que os doadores evitem acções que diminuem as capacidades nacionais, tais como o recrutamento do pessoal chave fora da utilização nacional e a alteração das escalas de salários nacionais através de pagamentos excessivos.

Seguindo para frente, aprender da experiência

Tendo em consideração o facto de que não é apenas uma epidemia, mas muitas, e de que ambas a escala da epidemia e a capacidade de tratá-la variam de um país para outro, os países precisam de assegurar que o que façam seja relevante para as suas circunstâncias particulares baseadas na realidade dos problemas que eles enfrentam. Os processos precisam de ser participatórios e abrangentes, e permitir uma aprendizagem rápida das experiências sobre o que funciona e não funciona. Pode-se perceber quatro elementos duma resposta multi-sectorial alargada:

- 1) É essencial que os países tenham um plano estratégico que traça áreas chaves e os objectivos estratégicos da resposta nacional, assim constituindo um mecanismo para a mobilização dos recursos internos e externos. Não é uma mapa detalhada sobre o que se deve fazer e como se deve fazê-lo. O plano precisa de ser o resultado de discussões participativas em todos os níveis, envolvendo os intervenientes chaves. As necessidades, capacidade e recursos devem ser equilibradas com os processos e objectivos estratégicos do plano.

- 2) É vital identificar e esclarecer os papéis e responsabilidades do governo e sociedade civil – assim como os limites da sua responsabilidade. Os papéis bem definidos facilitam colaboração e sinergia multi-sectorial. Uma função chave do estado é assegurar que esteja implementada uma política geral e quadro de trabalho legal que apoia uma resposta multi- sectorial assim como a existência de uma estrutura institucional para o seu cumprimento. Aceitar as limitações do estado é um reconhecimento da necessidade de envolver activamente a sociedade civil.
- 3) Os recursos precisam de ser redistribuídos urgentemente para aqueles que podem usá-los eficazmente. Neste momento, os recursos externos são muitas vezes concentrados nas instituições do governo central, enquanto muitos poucos recursos chegam onde são mais necessários, isto é, os grupos e instituições que estão mais próximos problema. aos problemas. Isto é mais evidente nas áreas de cuidados e apoio onde a eficácia da provisão estatal é completamente inadequado. Um dos factores perplexos em muitos países é a ausência de compromisso e liderança. Enquanto existe claramente a necessidade de atingir aqueles que estão em posições de liderança, a cultura existente de workshops que geralmente não são produtivos e um esbanjamento de recursos, precisa de ser reduzida. Pelo contrário, os programas devem ser desenvolvidos a partir das iniciativas locais e prestar apoio aos mais necessitados.
- 4) Os programas devem ser eficazes e relevantes reflectindo a realidade da situação. Muitas políticas e programas reflectem um nível muito inadequado de compreensão dos assuntos complexos envolvidos, sobretudo o impacto da epidemia nas estruturas sociais e económicas e na actuação. Daí a necessidade de pesquisa aplicada para gerar os dados necessários para a elaboração de políticas e programas. Isto inclui a monitorização e avaliação sistemática a fim de permitir a aprendizagem da experiência e assegurar que as lições aprendidas sejam utilizadas para o desenvolvimento de políticas e programas.
- O que fica realçado são os custos às populações afectadas, devido à negligência relativa do HIV/SIDA à nível mundial e a incapacidade de mudar de uma resposta que enfoca na saúde para uma outra que é realmente multi-sectorial. Existe uma possibilidade real de que o acesso às terapias de ARV será considerado como a solução ao problema, mas isto seria um erro. As causas da epidemia têm a sua origem em factores estruturais tais como pobreza e género, e padrões de desenvolvimento. A epidemia crescerá, a não ser que esses assuntos sejam resolvidos. Agora já existe muita experiência sobre o que pode fazer a diferença. O desafio é levar o que é sabido e transferi-lo apropriadamente ajustado às condições locais, mas sempre assegurando que os processos para o desenvolvimento de políticas e programas sejam realmente abrangentes e participativos. ♦
- Desmond Cohen, ex-Director do Programa do HIV e Desenvolvimento, UNDP; e-mail: desmondcohen@cs.com*

Envolvendo as pessoas que vivem com HIV/SIDA: a chave para o sucesso

David Garmaise

As Pessoas que Vivem com HIV/SIDA (PVHS) têm estado envolvidas no combate ao HIV/SIDA desde o início da epidemia, e às vezes até encabeçaram as primeiras respostas. Mas tiveram que lutar para o seu lugar certo na resposta e essa luta continua até hoje. As PVHS precisam de ser envolvidas porque a sua participação faz com que os programas e políticas sejam mais eficazes – quer que estes programas e políticas estejam dirigidos especificamente para os seropositivos (por exemplo, cuidados, tratamento e apoio) ou uma audiência mais larga (por exemplo, prevenção). O envolvimento das PVHS presta um modelo para outras seropositivos; ajuda empoderá-los; ajuda contrariar o estigma e reduzir a discriminação; e traz um sentido de urgência para a resposta.

Envolvendo PVHS: O que é que isto significa?

A nível local, as PVHS têm estado envolvidas nas organizações ao Serviço do SIDA (ASOs) como parte do pessoal, voluntários e membros do conselho administrativo. A nível nacional, em muitos países, foram estabelecidas redes de PVHS. Tais redes existem também a nível regional e global. Para além disso, um número crescente de PVHS tem participado em conferências internacionais. O nível de participação das PVHS varia consideravelmente de uma organização para outra, e de um país para outro. Em muitos países, os grupos de PVHS organizaram serviços baseados na comunidade (tais como centros de testagem, cuidados de saúde, visitas domiciliárias, cuidados baseados no domicílio, apoio psico-social e social) que não eram (e muitas vezes continuam a não ser) prestados pelos serviços públicos. As PVHS estão mais envolvidas naqueles países que

compreendem as vantagens de envolvê-las e que fizeram um esforço real para inclui-las. Por outro lado os ambientes sociais, culturais e políticos que são caracterizados pela negação, medo e estigmatização, não são conducentes ao envolvimento das PVHS.

Enquanto que os dados concretos sobre o impacto actual do envolvimento das PVHS sejam escassos, a nível nacional e internacional, tem havido algumas histórias óbvias de sucessos; por exemplo:

♦ As PVHS foram em frente e no centro das campanhas de advocacia lançadas pelos grupos comunitários para influenciar o conteúdo da Declaração do Compromisso sobre HIV/SIDA adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em Junho de 2001.

♦ Foram designadas cadeiras para as PVHS em muitos comités e conselhos administrativos internacionais, incluindo o conselho administrativo do Fundo Global para o Combate ao SIDA, Tuberculose e Malária, e muitos dos

Artigo
Especial



As PVHS Sul Africanas exigindo os seus direitos à saúde

Foto: TAC, South Africa

mecanismos de coordenação dos países que lidam com as propostas para o fundo.

❖ No Brasil, as PVHS têm encabeçados esforços para melhorar o acesso aos medicamentos anti-retrovirais e, no processo estabeleceram algumas parcerias bem sucedidas com o governo e profissionais dos cuidados de saúde.

A ideia de que as experiências pessoais das PVHS podem – e devem – ajudar a moldar a resposta à epidemia foi expressada pela primeira vez durante uma Conferência Nacional Sobre o SIDA em Denver, EUA, em 1983. Um dos 'Princípios de Denver' adoptados na conferência foi uma chamada de armas para o envolvimento das PVHS em todos os níveis de tomada de decisões. Ao longo da próxima década, o princípio foi defendido pelas PVHS e houve alguns progressos feitos para executar o princípio em ASOs e outras ONGs, mas houve pouca resposta do governo. Isto mudou em 1994 – pelo menos no papel – quando 42 países na Cimeira Sobre o SIDA em Paris comprometeram-se a "envolverem totalmente ... as pessoas que vivem com HIV/SIDA na formulação e implementação das políticas públicas" e "apoiar o maior envolvimento das pessoas que vivem com HIV/SIDA". Em 2001, a Declaração de Compromisso das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA reconheceu "o papel particular e contribuição significativa das pessoas que vivem com HIV/SIDA" e chamou para a sua plena participação no desenvolvimento e implementação das estratégias nacionais do HIV/SIDA.

Os benefícios e desvantagens da participação

Para as organizações ao serviço do SIDA (ASOs) que envolvem as PVHS, o benefício é enorme. Elas ganham um entendimento melhorado das necessidades dos seropositivos; os seus programas tornam-se mais eficazes e respondem às suas necessidades; e aumentam a sua credibilidade. Se as ASOs estiverem já a realizar trabalhos de advocacia, a participação das PVHS resulta muitas vezes na amplificação destas actividades para incluir advocacia para os direitos das PVHS. A participação de seropositivos pode ajudar a organização mudar a sua estratégia de uma simples prestação de serviços para ambos, prestação de serviços

e advocacia. Há também aspectos negativos potenciais para as organizações ao serviço do SIDA que envolvem PVHS, tais como a interrupção de serviços quando o pessoal ou voluntários seropositivos ficam doentes ou morrem, e encargos mais elevados de formação e benefícios.

Para uma PVHS, o envolvimento na resposta também pode resultar na melhoria geral da sua saúde e qualidade de vida. Pode ser um meio de acabar com o isolamento; ter maior conhecimento sobre HIV/SIDA e seu tratamento e cuidado, comportamentos mais seguros; emprego ou benefícios materiais; e aceitação acrescentada dos amigos e família. Para alguns indivíduos, contudo, participar nas ASOs pode ser detrimental à sua saúde e qualidade de vida, como resultado de estigmatização e discriminação, depressão e desgaste.

Os desafios postos à frente

Um dos maiores obstáculos para o envolvimento das PVHS é a falta de informação, educação e treino. Muitos Directores de Programas de HIV/SIDA e os formuladores de decisões precisam de compreender melhor as vantagens de envolver as PVHS. Alguns também precisam de orientação de como podem seleccionar as PVHS para servir como pessoal, ou participarem nos comités e conselhos administrativos. Por causa de muitos virem de ambientes pobres e sem educação, muitos seropositivos precisam de treinamento para possibilitá-las a participar plenamente nos programas e actividades de advocacia.

Para as PVHS, ficarem envolvidas com as organizações de HIV/SIDA significa muitas vezes, a identificação de si próprios publicamente como sendo seropositivo. Como resultado, muitas vezes precisam de treino, aconselhamento e apoio contínuo no que significa tornar-se público e como lidar com o medo da rejeição. A nível da organização, os obstáculos da participação das PVHS podem incluir a falta de políticas claras sobre o seu envolvimento, a falta de assistência médica, e a falta de um ambiente acolhedor e de apoio.

A medida que a epidemia amadurecer também amadurece o reconhecimento da importância do envolvimento das PVHS na resposta e a medida do seu envolvimento. Desde que o princípio de Maior Envolvimento das Pessoas que vivem com HIV/SIDA (GIPA) fosse anunciado pela primeira vez em 1994, têm sido lançadas várias iniciativas relacionadas com GIPA, particularmente em África, e o número de abstractos sobre assuntos relacionados com GIPA nas conferências internacionais tem aumentado consideravelmente. Isto é na verdade progresso, mas ainda temos alguma distância a percorrer: o princípio do GIPA ainda não é praticado entre muitas organizações ao serviço do SIDA e formuladores de políticas. As PVHS têm sido muitas vezes encorajadas a falar publicamente sobre as suas experiências, mas muito raramente participam no processo de tomada de decisões a nível nacional. Evidentemente ainda há muito trabalho para fazer para garantir que o envolvimento dos seropositivos na resposta ao HIV/SIDA seja ambos adequado e significativo. ❖

David Garmaise, Consultor para o Conselho Internacional das Organizações ao Serviço do SIDA (ICASO); 65 Wellesley Street E., Suite 403, Toronto, Ontario, Canada M4Y 1G7; Tel.: +1-416-92.10.018, fax: +1-416-92.19.979, e-mail: dgarmaise@rogers.com, web: www.icaso.org

Reforçando a resposta local ao HIV/SIDA no Mali

Artigo
Especial

Jean-Louis Ledecq & Modibo Maiga

Mali, que está entre os países mais pobres do mundo, ainda tem uma epidemia de HIV/SIDA concentrada com um baixo índice global de 1.7%. Enquanto se tem feito progresso claro entre os grupos altamente vulneráveis, os comportamentos de risco e vulnerabilidade continuam a ser preocupantes. As projecções feitas em Janeiro de 2002 pelo Programa Nacional do SIDA estimam que a não ser que a epidemia seja refreada o índice do HIV entre a população adulta poderia atingir 6% em 2010, o que é equivalente a aproximadamente 500,000 pessoas infectadas com HIV. Os determinantes chaves do HIV/SIDA no Mali, incluem a pobreza; baixo índice de frequência na escola; alta mobilidade interna e externa; relações sexuais prematuros entre jovens; práticas sócio-culturais tais como casamentos com cunhados e irmãs; e uma percepção geral de risco muito baixa. O que é particularmente preocupante é a repatriação recente dos 40,000 cidadãos Malianos que estavam a trabalhar na Costa do Marfim, onde os índices do HIV são aproximadamente 10%, assim como a existência de cuidados ainda muito limitados para pessoas que vivem com HIV/SIDA (PVHS).

A resposta nacional do Mali

O Programa Nacional do SIDA do Mali está ligado ao Ministério da Saúde. Os parceiros externos importantes incluem a UNSIDA e os doadores bilaterais tais como a USAID, holandeses, canadianos, franceses e a Cooperação Suíça. Para além disso, as ONGs nacionais e internacionais e as organizações das PVHS estão envolvidas fortemente. Apesar de uma liderança clara das autoridades máximas, o envolvimento dos outros sectores ainda é fraco. Contudo, está previsto que o recente estabelecimento do Alto Conselho Nacional para o SIDA, dirigido pelo Chefe do Estado reforçará a resposta multi-sectorial. Para além disso, a descentralização do sistema da saúde pública apresenta uma oportunidade excelente para o desenvolvimento de respostas locais ao HIV/SIDA.

O plano estratégico nacional do SIDA de Mali enfoca nas respostas locais e está a ser implementado através de uma iniciativa intitulada *Um Distrito, Uma ONG* que começou em 2001. Neste contexto, as ONGs seleccionadas são contratadas a nível nacional para facilitarem os programas locais, envolvendo parceiros locais – ONGs, OBCs, líderes e instituições locais, sectores de desenvolvimento público e privado – e ajudando-lhes a tornarem-se os donos das respostas locais ao SIDA. O processo inclui o estabelecimento de um foro local para discussões inter-sectorais; a realização duma análise dos desafios locais, forças e recursos; e a documentação das experiências, e a identificação das lições aprendidas que poderiam ser aplicadas à estratégia nacional. Actualmente, dum total de 703 comunidades, 127 estão envolvidas na iniciativa. Os problemas técnicos e financeiros têm atrasado a sua implementação, até agora limitando os resultados. Contudo, está previsto que o apoio do 'Fundo Global' facilitará o alargamento da iniciativa.

A prevenção continua a alvejar principalmente os grupos vulneráveis clássicos. A coordenação das estratégias de comunicação sobre o HIV/SIDA entre os vários actores, mídia, e outros níveis resultou num impacto na percepção de risco das pessoas, especialmente entre os jovens. As acções bem estruturadas de advocacia resultaram num envolvimento acrescentado dos líderes no combate ao SIDA. O aconselhamento e testagem confidencial e voluntário (VCT) foi apenas introduzido há dois anos, é por isso a sua cobertura ainda limitada a várias regiões. O acesso cada vez mais melhorado às drogas anti-retrovirais embora seja ainda limitado – contribui para o



Um grupo Maliano de PVHS trocando informação nutricional

desenvolvimento do programa do VCT. Em relação à prevenção da transmissão do HIV/SIDA da mãe para o filho (PMTCT), estão a funcionar cinco lugares desde Setembro de 2002. O Fundo Global poderia permitir uma extensão dos serviços de PMTCT. A prestação de serviços seguros de transfusão de sangue ainda não existe numa escala nacional.

No campo de *cuidados e apoio*, foi desenvolvida uma política em 2001 que adopta novas abordagens para o cuidado integral (médico, psicológico, social e nutricional) e apoio para os doentes em colaboração com as associações de PVHS. No mesmo ano, uma iniciativa para acessar os ARVs foi lançada com financiamento através da Iniciativa dos países pobres altamente endividados (HIPC). Contudo, apenas 5% das PVHS estão actualmente a participar neste programa. O tratamento com cotrimoxazole é disponibilizado gratuitamente, mas o tratamento das infecções oportunistas ainda precisa de apoio financeiro. Foi recentemente estabelecido um programa de assistência técnica em colaboração com os centros franceses de referência.

Para além do estudo recente de Novembro de 2002 sobre os aspectos éticos e legais do HIV/SIDA, há pouco progresso no campo da *mitigação do impacto* e

melhoramento da qualidade de vida das PVHS. Estão a ser desenvolvidos em pequena escala, projectos de geração de rendimentos em colaboração estreita com as organizações de PVHS.

Fazendo um balanço do progresso

Tem havido até agora algumas experiências encorajadoras, que demonstram que as acções bem alvejadas podem ter um impacto. O índice do HIV entre a população geral continua baixo, enquanto que o uso do preservativo por certos grupos altamente vulneráveis – tais como camionistas e trabalhadoras do sexo – está a aumentar, resultando em índices mais baixos de infecção do HIV.

A estabilidade aparente de índices do HIV na população em geral pode ser atribuída a vários factores, incluindo acções bem alvejadas para atingir os grupos vulneráveis, acessibilidade facilitada aos preservativos, envolvimento sustentado das ONGs locais e internacionais, envolvimento do Chefe de Estado, e a flexibilidade relativa do apoio dos doadores, apesar do facto de que o financiamento está muito longe de ser suficiente para responder a todas as necessidades e iniciativas. Além disso, vários desenvolvimentos recentes reforçam a confiança da capacidade do Mali de conter a epidemia:

- ❖ A mobilização nacional e acções de solidariedade irão favorecer um maior envolvimento dos grupos e organizações de PVHS, sobretudo em actividades de cuidados e mitigação do impacto;
- ❖ A iniciativa do acesso aos ARVs – embora ainda esteja limitada – pode reforçar os esforços de prevenção, VCT, e a redução da negação e estigmatização. O Fundo Global poderia permitir a extensão dos centros de actividades de VCT;
- ❖ O estabelecimento recente dos serviços de PMTCT, a serem alargados para 30 lugares em três anos;
- ❖ O estabelecimento da Aliança Nacional de Luta Contra o SIDA em 2002, juntando grupos religiosos e representantes locais, mais notavelmente Presidentes de municípios;
- ❖ O estabelecimento do Quadro Nacional de Luta contra a Pobreza, favorecendo uma abordagem multi-sectorial ao SIDA;

- ❖ O estudo recente sobre a ética e direitos no campo do SIDA; e
- ❖ O aumento das actividades no campo da mobilidade e SIDA, financiadas pela USAID.

Desafios

Várias prioridades devem ser enfocadas urgentemente a fim de consolidar e aproveitar dos desenvolvimentos positivos mencionados:

- ❖ Avaliação da iniciativa da Resposta Local; melhor operacionalização e ajustamento onde for necessário;
- ❖ Sensibilização e educação intensificada entre os jovens dentro e fora de escola;
- ❖ Início de estudos alvejados ao o impacto sócio-económico no mundo do trabalho;
- ❖ Melhor documentação sobre os grupos vulneráveis que ainda não foram claramente identificados, tais como os homens que têm sexo com os homens, prisioneiros e consumidores de drogas;
- ❖ Repatriação dos 40,000 Malianos que anteriormente trabalhavam na Costa do Marfim;
- ❖ Melhoramento e extensão dos serviços de infecções de transmissão sexual (ITSs);
- ❖ Garantir sangue seguro e derivados de sangue em todo o sistema de saúde pública;
- ❖ Reforçar os mecanismos de coordenação, seguimento e avaliação em todos os níveis, e documentação do Programa Nacional de Luta Contra o SIDA.

Até agora, o Mali tem sido poupado do destino de muitos países da África do Leste e África Austral. Até agora a resposta tem sido prometedora, mas é necessário compromisso e acção sustentados de todos os participantes para vencer a batalha. ❖

Jean-Louis Ledecq, CPP UNAIDS, c/o OMS, BP 99, Bamako, Mali; Tel.: +223-223.82.79, cell: +223-674.27.76, fax: +223-223.82.94, e-mail: ledecqjl@omsmali.org; and Modibo Maiga, Consultant, POLICY Project Mali; BP: E 3867, Bamako, Mali; Tel./fax: +223-229.28.44, e-mail: mpolicy@afribone.net.ml

Artigo Especial

HIV/SIDA no Sul da Ásia: uma ameaça eminente

Ashok Nigam

No fim de 2001, uma estimativa de 4.2 milhões de pessoas viviam com HIV/SIDA (PVHS) no Sul da Ásia – Afeganistão, Bangladesh, Bhutan, Índia, Maldivas, Nepal, Paquistão e Sri Lanka. Algumas regiões da Índia inicialmente com índices baixos da prevalência do HIV de menos de 5% entre os grupos altamente vulneráveis, estão agora a enfrentar índices de mais de 1% entre a população geral. As lições aprendidas da África demonstraram que o HIV/SIDA e a pobreza são uma mistura mortal – privando os recursos humanos e nacionais até a nível comunitário e da família. O HIV/SIDA pode igualmente ter consequências graves no desenvolvimento social no Sul da Ásia, onde os níveis de alguns indicadores sociais críticos estão até debaixo dos da África sub-Sahariana. O Sul da Ásia não pode aguentar uma epidemia de HIV em grande escala para além dos vários desafios que já está a enfrentar, tais como a malnutrição e a falta de acesso aos serviços sociais básicos.

A maior ameaça para o combate ao HIV/SIDA no Sul da Ásia é a crença espalhada de que uma epidemia de HIV em grande escala não pode, ou que não acontecerá aqui. Existem alguns sucessos de pequena escala no combate ao HIV/SIDA no Sul da Ásia, mas são necessários resultados em grande escala. A negação, estigma e discriminação, negligência, falta de educação, violência,

abuso e exploração sexual de crianças e por cima de tudo, a realização demorada de resultados são algumas das condições para a "reprodução" duma epidemia do HIV/SIDA no Sul da Ásia. A chave para uma resposta de HIV/SIDA com sucessos na região, é uma representação clara dos elementos-chaves dessa resposta e os resultados previstos que serão discutidos a em baixo.

Discussão franca sobre sexo e HIV/SIDA

Por todo o Sul da Ásia, o HIV/SIDA continua ser um assunto tabu entre os líderes políticos e religiosos, e dentro da família. Não é aceitável falar com crianças e jovens sobre o sexo. Contudo, tratar do HIV/SIDA como um assunto tabu dentro da sociedade, até negar a sua existência e potencial como uma epidemia, significa atrasar as acções – um atraso muito custoso. Uma resposta eficaz exige um ambiente de sensibilização, compreensão, e educação aberta para todos, particularmente os jovens.

Para além disso, o estigma e discriminação relacionados com o HIV estão espalhados, e contribuem a uma resposta atrasada e o crescimento "às escondidas" da epidemia. Muitas práticas culturais existentes no Sul da Ásia já resultam no estigma e discriminação de grupos específicos na sociedade, particularmente as mulheres e raparigas. Num ambiente desta natureza, é difícil o combate ao estigma e discriminação: valores sócio-culturais profundamente enraizados, atitudes e crenças são aparentemente ameaçados e é mais fácil negar a existência do inexprimível do que admiti-lo e iniciar acção. São necessárias abordagens inovativas envolvendo uma gama variada de parceiros a fim de ultrapassar o estigma e discriminação. As lições por todo o mundo mostram o que funciona (veja o quadro).

Sensibilizar os jovens

Uma estimativa de 1.1 milhões jovens de idades de 15-24 – 62% do sexo masculino e 38% do sexo feminino – estão vivendo com HIV/SIDA no Sul da Ásia. Globalmente, mais de 50% de novas infecções são neste grupo etário. Para interromper mais alastramento do HIV entre os jovens, estes precisam de ter conhecimento e habilidades para protegerem-se a si próprios. Na Índia, apenas quatro de cada dez mulheres casadas e apenas 18% de mulheres analfabetas ouviram falar sobre o SIDA. Em Bangladesh, 86% de meninas casadas com idades de 15-19 não sabem como protegerem-se contra a infecção do HIV. Os dados recentes de Bangladesh e Nepal confirmam que os conhecimentos sobre HIV/SIDA e medidas preventivas são mais elevados entre os que são mais educados, enquanto os índices baixos são associados com baixa sensibilização. Contudo, em alguns estados na Índia, um esforço conjunto resultou numa sensibilização elevada sobre HIV/SIDA, apesar de índices baixos de alfabetização.

A experiência do Sul da Ásia e noutros lugares demonstra que é muito crítico educar os jovens sobre HIV e ensiná-los como tomar decisões informadas – para abster-se do sexo e serem capazes de dizer 'não' a pressões de ter sexo em situações não seguras. A educação sobre o HIV entre os jovens deve ser baseada na crença firme de que um enfoque nos jovens é importante ambos como o seu direito e para obter resultados. Os jovens não são apenas mais um outro grupo de alvo no combate ao HIV/SIDA: Eles devem estar envolvidos activamente como intervenientes e parceiros nas acções que afectam-nos. A prevenção é possível e comportamentos podem mudar, particularmente entre os jovens.



Tempo para falar

Foto: Population Council

Prevenir a transmissão da mãe para o filho

Cada criança nascida tem um direito de ser nascida livre do HIV. Cada criança nascida com HIV tem o direito ao tratamento e cuidados. A responsabilidade é estendida da mãe para a família alargada, a comunidade e sociedade como um todo. Existe um consenso internacional de como prevenir a transmissão do HIV da mãe para o filho (PMTCT). Um tratamento relativamente simples e barato mostrou-se eficaz na redução de da transmissão peri-natal. Para além disso, as mães infectadas com HIV precisam de serem empoderadas para fazerem escolhas informadas sobre a amamentação, a fim de reduzir a transmissão por este caminho. Contudo, estas estratégias precisam de ser implementadas numa escala suficientemente grande para assegurar acesso facilitado ao tratamento preventivo, cuidados e atenção para todos os que necessitam.

O programa de PMTCT na Índia está baseado num conjunto de pacotes mínimos de serviços ou intervenções para as várias categorias de mulheres, incluindo um pacote primário da prevenção do HIV, desenhado especialmente para as jovens adultas;

Lições chaves em relação a superação do estigma e discriminação:

- ❖ Liderança forte, não ter medo de falar continuamente sobre o HIV/SIDA e age sobre o assunto;
- ❖ Advocacia contínua para a mudança social e igualdade do género, trabalhando com as pessoas com HIV/SIDA, líderes políticos e religiosos, ONGs e jovens;
- ❖ Promoção de habilidades de vida por meio de educação e aconselhamento;
- ❖ Cuidados abrangentes e aconselhamento e testagem voluntários;
- ❖ Sensibilizar para melhorar a acessibilidade dos serviços e intervenções para famílias e comunidades;
- ❖ Pedir prestação de contas às autoridades pelos serviços;
- ❖ Protecção legal das pessoas que vivem com HIV/SIDA;
- ❖ Relatórios apropriados e mecanismos de cumprimento;
- ❖ Códigos de conduta e ética para os prestadores de serviços.



Vamos falar sobre sexo

Foto: Family Planning Association of Nepal

serviços de saúde reprodutiva de qualidade para evitar a gravidez não intencionada entre as mulheres infectadas com o HIV, e serviços adicionais para reduzir o risco de MTCT para mulheres grávidas infectadas com o HIV. O programa pretende aumentar rapidamente as suas actividades, baseado nas experiências e lições aprendidas.

Lutar contra a violência, abuso e exploração sexual entre as raparigas, rapazes e mulheres

A violência, abuso e exploração sexual de raparigas e rapazes contribui mais para o alastramento do HIV. As raparigas são particularmente menos favorecidas: O Sul da Ásia tem sido classificado como a região mais insensível ao género no mundo. Por exemplo, o fenómeno tal como o feticídio e infanticídio femininos resultaram numa das proporções mais alteradas de sexo no mundo: 940 mulheres para 1000 homens. A insensibilidade do género e a posição social e económico inferior das raparigas e mulheres muitas vezes faz com que seja difícil para elas dizerem não ao sexo não seguro, muitas vezes forçado. Os factores biológicos fazem com que as mulheres sejam ainda mais susceptíveis a infecções de transmissão sexual (ITSs) incluindo HIV.

As atitudes e comportamento dos homens e rapazes em relação às mulheres e raparigas são profundamente

enraizados nas normas da sociedade, mas precisam de ser desafiados a fim de reduzir as implicações de tal comportamento. Uma estratégia de duas vias de empoderar raparigas e mulheres, e educar rapazes e homens é necessária para melhorar a posição de raparigas e mulheres e reduzir a sua vulnerabilidade ao HIV.

Investimento adequado na prevenção, tratamento e cuidados

A prevenção e o tratamento de HIV/SIDA tem um certo custo, mas quanto mais devagar for a resposta e quanto mais se deixa progredir a epidemia, e mais custará no fim. Estes custos não são apenas financeiros: há muitos tipos de custos sociais e económicos para as famílias,

comunidades, o sector privado, governos e a sociedade como um todo. Num período de globalização e interdependência crescente, os factores tais como o HIV/SIDA, que afectam a confiança internacional nos países como regiões potenciais para os investimentos ou importações podem ter um impacto negativo no desenvolvimento do país. Na altura em que os países do Sul da Ásia estão a competir com os outros para serem actores activos nos mercados globais, não podem correr o risco de custos sociais e financeiros enormes do impacto do HIV/SIDA. Portanto um investimento apropriado e oportuno na prevenção, tratamento, e cuidados do HIV/AIDS é dinheiro bem gasto. As lições aprendidas pelo mundo inteiro sobre o HIV/SIDA indicam claramente que o Sul da Ásia precisa de agir agora, se quiser evitar os efeitos devastadores que os países da África sub-Sahariana estão a enfrentar. ❖

Ashok Nigam, Oficial Regional de Planificação & Políticas, Escritório Regional da UNICEF para o Sul da Ásia; PO Box 5815, Lekhnath Marg, Kathmandu, Nepal; Tel.: +977-1-41.70.82, e-mail: anigam@unicef.org

As visões expressas neste artigo são as do autor e não são necessariamente as visões da UNICEF.

A versão em Português da revista Sexual Health Exchange (Intercâmbio de Saúde Sexual) é publicada duas vezes por ano pela SAF AIDS e o Instituto Real Tropical (KIT), com financiamento da Embaixada dos Países Baixos no Zimbabwe. Os artigos podem ser reproduzidos gratuitamente, desde que a fonte seja reconhecida e os recortes sejam enviados para o endereço de contacto. Toda a correspondência deverá ser enviada para e-mail: exchange@kit.nl, ou: Sexual Health Exchange, The Editor, c/o Royal Tropical Institute, Information Services Department; P.O. Box 95001, 1090 HA Amsterdam, The Netherlands.

Editores de Gerência: Nel van Beelen, Lindiwe Chaza-Jangira & Farai Mariga

Editores Executivos: Nel van Beelen & Tinashe Madava

Secretariado e apoio administrativo: Dorothy Timmerman & Ewa Cudowska

Assessores Editoriais: Mabel Bianco (Argentina), Maria de Bruyn (USA), Carlos Cáceres (Peru), Jacques du Guerny (Franzia), Helen Jackson (Zimbabwe), Lee-Nah Hsu (Tailândia), Marina Mahathir (Malásia), Julia Katzan (Alemanha).

Convidamos explicitamente aos leitores dos países de expressão Portuguesa a enviar-nos artigos ou outras contribuições em Português.

Layout: Fontline Electronic Publishing (Pvt) Ltd (Zimbabwe)

Printer: Drukkerij MacDonald/SSN Nijmegen (Países Baixos)

ISSN: 1388-3046