



> Este número foi produzido em colaboração com a Comunidade Internacional de Mulheres que vivem com o HIV/SIDA (ICW)

Mulheres que vivem com o HIV

Este número da revista Intercâmbio, focaliza algumas preocupações prementes das mulheres que vivem com o HIV e o SIDA. Um artigo de vista geral redigido pela Coordenadora Convidada Emma Bell, da ICW, juntamente com a sua colega Luisa Orza, realça algumas destas preocupações. Uma destas, trata-se do equilíbrio exigido às mulheres positivas para elas poderem gerir os medos inculcados pela sua seropositividade (de infectar os seus entes queridos, de ser estigmatizada e discriminada, de abandono e violência, etc.) com a necessidade de segurança e de apoio, e com o desejo de intimidade, amor e de ter filhos. Outra preocupação trata-se da falta de reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres que vivem com o HIV.

Alguns dos temas abordados em outros artigos neste número, são a muito falada abordagem ABC da mudança comportamental, e a forma como esta não leva em consideração assuntos complexos como as necessidades e desejos humanos; a perda de bens e de terras que é experimentada por muitas mulheres que vivem com ou que estão afectadas pelo HIV e o SIDA na Índia; e a abordagem de 'trabalho da memória' com as mães que estão a viver com o HIV e os seus filhos, conforme elaborada pela NACWOLA em Uganda há uns dez anos atrás.

Desejamo-lhes uma leitura agradável e acolhemos os vossos comentários!

Nel van Beelen
Directora

Emma Bell
Coordenadora convidada



Falar sobre amor, sexo e abstinência p.5



Promoção dos direitos legais das mulheres na Índia p.9

Entender as realidades das mulheres seropositivas

Apesar do reconhecimento crescente do direito das mulheres seropositivas a vidas sexuais e opções reprodutivas saudáveis e de satisfação, permanece um miríade de factores que tornam tais direitos apenas um sonho para a maior parte delas. As razões por que as mulheres têm relações sexuais, e a forma como as têm, são influenciadas por vários factores. É de conhecimento difundido que a violência, abandono e atribuição de culpa na altura da revelação, podem constituir grandes problemas para as mulheres positivas, tal como são a perda de terras, meios de vida e filhos. O medo assim criado, pode constituir uma influência ainda mais difundida sobre a forma como as mulheres seropositivas levam as suas vidas sexuais, incluindo se falam abertamente aos seus parceiros acerca da sua saúde e necessidades sexuais, ou não.

A seguir verificam-se os desejos muito humanos de amor, confiança e intimidade que tornam a prática do ABC (Abstinência, Fidelidade, uso de Preservativos) menos fácil ou desejável do que parece. Estes frequentemente passam não reconhecidos nos programas de saúde sexual, os quais tendem a tornar o sexo estéril e pragmático, em vez de ser a expressão duma mistura complexa de emoções, identidade e intimidade, que é aquilo que muitas pessoas vivem. *"As mensagens são abstractas e estéreis. Precisamos de trazer o amor de volta para a equação,"* disse um membro da Comunidade Internacional de Mulheres que vivem com o HIV/SIDA (ICW) da Namíbia, numa sessão intitulada *Amor, sexo e abstinência*, na Conferência Internacional sobre o SIDA (IAC) em Toronto, realizada em Agosto de 2006.

Para muitas mulheres, um diagnóstico de HIV ocasiona mudanças significativas na forma como elas fazem a sua sexualidade, e como

se sentem acerca das relações sexuais. Há muitas razões pelas quais as mulheres seropositivas continuam a ter ou não ter relações sexuais. Algumas optam pela abstinência, enquanto que outras acham que a abstinência lhes é imposta. Para muitas, é necessário um certo período de tempo antes delas descobrirem que as relações sexuais podem ainda ser uma parte necessária e curativa das suas vidas. Na sessão em Toronto, um membro da ICW do Zimbábwe disse: *"Na altura do meu diagnóstico, eu estava num bom relacionamento com alguém, e embora tivéssemos sempre sexo protegido, eu não consegui mais ter relações sexuais com ele. Eu sentia-me suja, usada, profanada e tão longe de sexualmente atractiva quanto possível por um ser humano. A relação acabou e eu passei os quatro anos seguintes no celibato."* Em alguns casos, as mulheres seropositivas conseguem fazer uso da sua positividade para negociar sexo mais seguro.

Esta edição

- 1 Editorial **Entender as realidades das mulheres seropositivas**
- 5 Ponto de Vista **Amor, sexo e abstinência: a perspectiva das mulheres positivas**
- 7 Experiência **A tomada de acção contra o HIV e o SIDA no Burundi**
A experiência de Seconde Nsabimana da RBP+
- 9 Compreensão **Mulheres, direitos à propriedade e o HIV na Índia**
- 11 Prática sustentada **Trabalho da memória: Aprender da experiência ugandesa**
- 14 Projecto piloto **Reintegração dos residentes de campos de reabilitação no Norte de Vietname**
As primeiras lições aprendidas pelo grupo Flor de Cacto
- 17 Lições **A introdução do tratamento do HIV em duas clínicas de saúde sexual e reprodutiva na República Dominicana**
A experiência da PROFAMILIA
- 20 Recursos em linha

Um membro da ICW do Reino Unido, que foi entrevistada para o Projecto *Silent Voices*, disse: *“Eu cheguei a gostar dos preservativos, à medida que com eles não há sujeira. E senti-me como se estivesse em controlo, e eu não estava disposta a deixar que qualquer um tivesse sexo desprotegido comigo e depois me ridiculizasse pelo sucedido... Portanto, a certos respeito [o HIV] tornou-me mais afirmativa sexualmente.”*

Testagem e direitos

Regra geral, os programas e políticas sobre o HIV e a saúde sexual e reprodutiva deixam de reconhecer a complexidade das vidas das pessoas e dos contextos nos quais se situam as suas opções sexuais e reprodutivas. Tome-mos por exemplo o esforço no sentido de testar tantas pessoas quanto possível para o HIV. É como se os programadores equiparassem o saber da sua positividade, com o ser capaz de agir de acordo com tal conhecimento para melhorar o seu bem-estar e o dos seus parceiros e filhos. Para muitos este não é o caso, e os serviços não estão a preparar as pessoas para as consequências dum resultado positivo num teste de HIV. Em muitos casos, mais mulheres do que homens têm acesso aos serviços de aconselhamento e testagem voluntária (ATV), e, se bem que a testagem normalmente está formulada como sendo voluntária, o desequilíbrio de poder que existe entre os provedores de serviços e utentes dos serviços, muita das vezes não é tomado em conta, conforme indica o seguinte depoimento: *“Quando eu estava grávida e fui para os cuidados pré-natais, disseram-me para fazer um exame de sangue. Não me disseram para o que era o teste... Eu dei-me conta que se tratava do teste do SIDA, quando recebi os resultados.”* (Mulher tailandesa que vive com o HIV)¹

A testagem, juntamente com outros serviços ligados ao HIV, tem que ser realizada e

projectada dentro dum quadro de direitos sexuais que leve em conta o contexto das realidades cotidianas das mulheres e dos homens. Isto deve incluir as suas realidades sexuais e os serviços de apoio convenientes, para permitir que façam a gestão das complexidades das suas vidas pós-diagnóstico. A testagem voluntária, bem fundamentada e confidencial, é a pedra basilar do trabalho da ICW na protecção dos direitos das pessoas que vivem com o HIV. Um

“As mensagens são abstractas e estéreis. Precisamos de trazer de volta o amor na equação”

exemplo de boa prática nesta arena, é o Projecto Liverpool de Aconselhamento e Testagem Voluntária no Quênia. Este projecto aborda o HIV a partir duma perspectiva de violência baseada em género, a sua formação respondendo às desigualdades de género dentro dos relacionamentos. Os aconselha-dores são formados para discutir com os clientes a experiência das mulheres de relações de poder sexual, e para proporcionar-lhes estratégias para a negociação sexual e a revelação.

Entender as realidades das mulheres

Muitas mulheres seropositivas têm desejos sexuais e relacionamentos sexuais, e é necessário que os serviços reconheçam isto, fornecendo-lhes aconselhamento e serviços sobre a anti-concepção, controlos da saúde sexual e conselhos abrangentes sobre os cuidados pré- e pós-natais para a mãe e filho. Existe uma necessidade dos provedores de serviços entenderem que os relacionamentos das mulheres têm impacto na sua capacidade de ter acesso ao tratamento e a outros serviços de saúde. Os relacionamentos das mulheres têm igualmente impacto na sua

Infra-estrutura do Conhecimento para Contrapartes (KIC)

O Projecto KIC visa impulsionar a partilha dinâmica de conhecimentos, a aprendizagem colaborativa e a tecelagem de redes. É um projecto piloto, orientado para a acção e impulsionado pelas contrapartes, cuja primeira fase decorre até finais do ano 2006. Dentro do projecto, a Oxfam Internacional e o *Intercâmbio* estão a colaborar para reforçar a aprendizagem sobre o HIV/SIDA. As contrapartes da Oxfam são convidadas a redigirem artigos sobre as lições aprendidas, relacionadas com estes temas. Os artigos produzidos

no quadro desta colaboração, estão acompanhados por um logotipo da Oxfam dentro duma caixa verde de título. O Projecto KIC dispõe igualmente dum site interativo de Internet: www.oxfamkic.org, o qual permite que as contrapartes da Oxfam partilhem as práticas e documentos baseados na evidência, e que participem em comunidades on-line. Para dúvidas e comentários acerca deste número ou do projecto, as contrapartes são encorajadas a usarem o seguinte endereço de email: aids.kic@oxfamnovib.nl.



KIC



Royal Tropical Institute

capacidade de agirem na base dos conselhos que lhes forem dados pelos provedores de serviços. O controlo por parte dos parceiros pode impedir que as mulheres recorram ao tratamento, e pode igualmente impedir a sua capacidade de cumprir com os regimes de tratamento.

Uma mulher da Tanzânia disse durante uma reunião de mapeamento do tratamento organizada pela ICW: *“A maioria de nós mulheres que vivemos com o HIV e que estamos a utilizar anti-retrovirais [ARVs], enfrentamos um problema comum, que é que os nossos maridos ou parceiros tendem a obrigar-nos a dar-lhes a nossa dose de ARV enquanto que eles não fazem o teste para o HIV e não conhecem a sua contagem de CD4. Eles não querem ir para a testagem, embora manifestem todos os sintomas do HIV. Mesmo que você se recuse, ele há-de descobrir onde você guarda os seus medicamentos, e vai roubá-los.”* Demasiadas vezes os trabalhadores da saúde não conseguem reconhecer tais pressões, rotulando os doentes ‘difíceis de se gerir’, ou achando que os seus conselhos não são levados em consideração.

O direito a ter relações sexuais e filhos

Mais problemático é o facto de que os trabalhadores da saúde, estando eles próprios sob pressão, frequentemente tiram juízos

As complexidades das vidas e circunstâncias das mulheres que vivem com o HIV, requerem o seu envolvimento no desenho das políticas e dos programas, de modo a abordar estes assuntos de forma eficaz

severos acerca dos direitos das mulheres seropositivas de terem relações sexuais e filhos, e pressionam-nas no sentido de tomarem certas opções para a acção. As mulheres seropositivas com filhos, frequentemente são consideradas de alguma forma anormais – de terem cometido um erro. Os trabalhadores da saúde, membros da comunidade, os meios de comunicação, mesmo os activistas de SIDA, têm rotulado de irresponsáveis as mulheres seropositivas que ficam grávidas. De facto, os membros da ICW relataram que o acesso aos ARVs pode às



Membros da ICW a reunirem-se na Conferência Internacional sobre o SIDA

vezes ser oferecido apenas àquelas que estejam a tomar anticoncepcionais; as mulheres no Lesotho e na Namíbia relataram que o acesso aos ARVs tem sido condicionado ao uso de certos tipos de anticoncepcionais – ou injeções hormonais ou dispositivos intrauterinos (DIUs), sendo em ambos os casos métodos controlados pelos médicos – porque se acredita que como mulheres seropositivas, elas não devem ficar grávidas.² Esta é não só uma violação dos seus direitos reprodutivos, como igualmente as coloca em perigo de reinfeção e das ITS, uma vez que frequentemente o sexo mais seguro é negociado em torno do uso dos anticoncepcionais.

Por outro lado, a outras têm sido negados anticoncepcionais porque se acredita que elas não devem estar a ter relações sexuais, tal como ficou a saber uma mulher seropositiva da Tailândia: *“Eu tinha ido ao hospital e disseram-me para ter um DIU colocado. Em seguida, quando ele verificou o meu processo médico e soube que eu tinha o HIV, disseram ‘Ó! Esta estava infectada! As infectadas pelo HIV não devem usá-lo!’”*¹ Em tais circunstâncias, quando as mulheres seropositivas efectivamente se engravidam, a ênfase está colocada em salvar a vida da criança, descuidando-se da saúde da mãe ‘não merecedora’, o que não só inverte o impacto da prevenção de transmissão vertical

(PTV), como igualmente nega às mulheres o seu direito à saúde: *“Você é importante apenas quando fica grávida, o bebé torna-se importante; uma vez que você fique separada, tem que se arranjar.”*³

Equilibrar o medo, a segurança e os desejos

Para muitas mulheres, o ‘malabarismo’ exige a gestão do seu medo do abandono pelos parceiros, o medo da revelação não desejada, o medo do estigma, da discriminação e da violência, e o medo de infectar bebés e parceiros, com a necessidade de segurança, de apoio e do desejo de intimidade, amor e eventualmente filhos. Isto simplesmente pode ser demais para se gerir. *“Se você começa a usar o leite em pó, toda a gente vai ficar a saber que você tem que ser seropositiva. Se você exige o uso de preservativos, para impedir a exposição repetida, ele ou te bate, ou simplesmente sai e tem relações sexuais em outro lugar e, provavelmente, traz de volta outras infecções. Portanto, você simplesmente continua a ter sexo desprotegido e a amamentar, mesmo que você saiba que está a fazer exactamente o que dizem que não deve fazer...”*³

Muita das vezes as mulheres são deixadas para pesquisarem as opções de tratamento sozinhas, e apenas aquelas que tenham acesso à informação relevante e a confiança

na mesma, é que são bem sucedidas em terem acesso ao tratamento de que precisam, sobretudo em torno das opções reprodutivas. “[O grupo de apoio] é dirigido por uma ONG, mas se tu ficas grávida, tens que dirigir-te até ao Centro Federal do SIDA e eles tentam dissuadir-te de ter um filho... É muito desaprovado que uma mulher com o HIV tenha um filho e uma vida sexual... no Centro Federal do SIDA, dizem-te para fazer um aborto. Podes obter informações [acerca da PTV] a partir do grupo de apoio... mas os médicos vão convencer-te que não é eficaz... Se uma mulher efectivamente decidir e insistir em ter um filho, eles não-de ajudar.”⁴

Rumo a um envolvimento mais significativo

As complexidades das vidas e circunstâncias das mulheres que vivem com o HIV, requerem o seu envolvimento no desenho das políticas e dos programas, de modo a abordar estes assuntos de forma eficaz. O mais normal é que as pessoas que vivem com o HIV, e sobretudo as mulheres, continuam excluídas dos foros de tomada de decisões, e ao serem convidadas a participar, continua sendo uma outra pessoa que estabeleceu a agenda. Tais situações podem ser intimidadoras e opressivas, e muitos membros da ICW relatam que se têm sentido postos de lado depois de terem transmitido um testemunho pessoal sobre como ficaram infectadas. Todavia, estes mesmos autores das políticas afirmam adoptarem o princípio do Maior Envolvimento das Pessoas que Vivem com o HIV e o SIDA (GIPA). A ICW de facto

prefere o termo ‘MIPA’: Envolvimento Significativo das Pessoas que Vivem com o HIV e o SIDA em toda a tomada de decisões que afecta as suas vidas. Isto significa que é necessário que os autores das políticas garantam que seja desenvolvida tal inclusividade. Actualmente, a responsabilidade continua a ficar com as pessoas que vivem com o HIV, por reivindicar a sua própria inclusão.

Desafiar estereótipos e desigualdades

Não abundam, exemplos da boa prática nas áreas descritas aqui, mas efectivamente existem. Um exemplo é a Iniciativa MTCT Plus (transmissão mãe-filho) nas clínicas na África do Sul, operada pela MSF (Médicos sem Fronteiras) na Cidade do Cabo. O programa envolve mulheres seropositivas que já tenham passado pelo programa, para apoiarem novas mães e famílias que entram no esquema. A iniciativa proporciona cuidados de seguimento a longo prazo para as mães seropositivas, os seus filhos e parceiros, promovendo famílias carinhosas e saudáveis nas quais seja compartilhada a responsabilidade pela reprodução e educação das crianças.

É necessário que os programas sejam não estigmatizantes, e que reflectam as realidades já enfrentadas pelas pessoas que vivem com o HIV, em vez de sobrecarregá-las com todo um conjunto de realidades novas. Eles precisam de contestar os estereótipos e desigualdades existentes, e se for possível, de ser dirigidos por mulheres que vivem com o HIV. Caso não,

então eles precisam de envolver mulheres seropositivas a todos os níveis – desde a planificação e consulta até à elaboração do orçamento, implementação, formação, monitoria e avaliação.

A visão da ICW é dum mundo em que as mulheres tenham o direito de fazer escolhas no que diz respeito às suas vidas reprodutivas e sexuais. Não se pode conseguir isto através de apelos de cima para baixo pela abstinência ou pela fidelidade, ou de caixas de preservativos colocadas numa posição estratégica, como mero símbolo, mas antes, pela mudança das condições das vidas de todas as mulheres. Envolve igualmente a contestação das relações existentes de poder entre os homens e as mulheres, e das desigualdades que influenciam as vidas reprodutivas e sexuais destas mulheres. Só assim é que as mulheres seropositivas realizarão os seus direitos sexuais e reprodutivos. ■

Este artigo foi produzido como parte do Projecto KIC

Emma Bell & Luisa Orza

Oficial de Pesquisa e Comunicações & Oficial de Monitoria de Projectos, Comunidade Internacional de Mulheres que vivem com o HIV/SIDA (ICW)

Correspondência:

Unit 6, Building 1, Canonbury Yard
190a New North Road
London N1 7BJ, United Kingdom
Tel: +44 20 7704 0606
Fax: +44 20 7704 8070
E-mail: info@icw.org, Web: www.icw.org



Envolvimento significativo? Parte dum cartaz elaborado pela ICW para mostrar os tipos diferentes de envolvimento das mulheres que vivem com o HIV: desde manipulação e mera simbologia, até à participação efectiva. Telecarregar o cartaz: www.icw.org/icw/files/icw_poster.jpg

1. Citado em S. Paxton, A. Welbourn, P. Kousalya, et al, *Oh! This one is infected. Women, HIV and Human Rights in the Asia/Pacific Region*. Comunicação elaborada para o ACNUDH, 2004: www.icw.org/tiki-download_file.php?fileId=79
2. J. Gatsi, *ICW treatment mapping project report, Namibia*, ICW (para aparecer); e M. de Bruyn, *Reproductive rights for women affected by HIV/AIDS? A project to monitor Millennium Development Goals 5 and 6*, Ipsas, 2005: www.icw.org/tiki-download_file.php?fileId=185
3. Membros da ICW da África do Sul e da Suazilândia, entrevistas realizadas durante um projecto de elaboração de políticas e de formação em Durban na África do Sul, relatório disponível a partir da ICW.
4. Membro da ICW da Rússia, entrevista para a *ICW News*, número 35, 2006 (para aparecer): www.icw.org

Amor, sexo e abstinência: a perspectiva das mulheres positivas

Artigo produzido como parte do Projecto KIC

Luisa Orza



Mulheres na partilha de assuntos íntimos durante a sessão sobre “Amor, sexo e abstinência”

À medida que os programas financiados pelo PEPFAR insistem cada vez mais na abordagem ABC, em particular numa abordagem que focalize o A e B mas omita o C, mulheres seropositivas de Uganda, Zimbábwè e Namíbia estão de acordo que esta abordagem está a traír as mulheres, e agora elas estão a reivindicar uma abordagem diferente aos direitos sexuais e reprodutivos. As mulheres convergiram na Conferência Internacional sobre o SIDA em Agosto de 2006 em Toronto, durante um diálogo organizado pela Comunidade Internacional de Mulheres que vivem com o HIV/SIDA (ICW). Aproximadamente cinquenta pessoas assistiram à sessão. A sessão foi coordenada por quatro membros da ICW, mas o debate foi interativo e os participantes foram mulheres e homens tanto seropositivos como seronegativos.

Em qualquer determinada sociedade, toda a actividade sexual realiza-se no contexto das relações de poder. As desigualdades de género a nível da sociedade, estão dentre os factores que influem nas relações de poder do domínio íntimo, fazendo com que muitas das vezes, a actividade sexual das mulheres seja realizada a partir duma posição de estatuto inferior relativamente ao parceiro de sexo masculino. A maior parte das mulheres que vivem com o HIV, fica infectada através do sexo heterossexual, mais frequentemente por um parceiro regular ou cônjuge. Em tais situações, todas as três opções que a abordagem ABC promove são ineficazes, às vezes impossíveis de se realizar, e em todos os casos as mulheres é que sofrem a maior parte – e frequentemente as consequências – de não se conseguir concretizá-las. A abstinência (o ‘A’ dos ABC), não só é difícil de fazer no caso da pessoa estar dentro dum relacionamento, como igualmente constitui uma opção que poucas pessoas queriam tomar. As campanhas de só abstinência podiam estigmatizar as pessoas que vivem com o HIV e até rotulá-las de promíscuas, sobretudo as mulheres, cuja actividade sexual de qualquer tipo tende a provocar mais desaprovação do que a dos homens, na maior parte dos países. Igualmente, as campanhas de só abstinência são particularmente estigmatizantes para as mulheres seropositivas dentro de casais serodiscordantes – em que os seus parceiros são sero-negativos – uma vez que elas cobram um fardo de culpa ao membro positivo do casal.

O ‘B’ (fidelidade – ‘*Be faithful*’) e ‘C’ (usar preservativos – ‘*use Condoms*’) das campanhas ABC, são igualmente

problemáticos para as mulheres. Pode-se sustentar que qualquer pessoa consegue controlar a sua fidelidade a um parceiro (salvo nos casos de estupro, de violência sexual ou de coerção), mas ninguém consegue ter o controlo sobre o comportamento sexual do seu parceiro, e é pouco realista falar de fidelidade nas culturas que permitem a poligamia e/ou promovem uma masculinidade com base no número de ‘conquistas’ sexuais que o macho individual consegue realizar. Actualmente o uso dos preservativos e de outros métodos de sexo mais seguro, ainda exige no mínimo o consentimento – mesmo que não seja a aplicação como tal – dum parceiro de sexo masculino, se bem que o preservativo para uso pela mulher dá mais controlo às mulheres neste respeito. As mulheres seropositivas do Zimbábwè e de Uganda disseram que estavam fartas de ouvir falar que são apenas as mulheres despotencializadas e indigentes que não conseguem negociar o uso de preservativos. “*As mulheres formadas e economicamente independentes, são igualmente incapazes de negociar o sexo seguro*”, disse uma delas.

Factores por detrás da despotencialização

Sem dúvida que optar-se pela abstinência, ou por um período de abstinência, quer estando sozinha quer dentro duma relação, pode ser potencializante. Contudo, muitas das vezes esta opção é tomada por vários motivos despotencializadores, que incluem: o medo (de ficar-se infectado, ou de infectar os outros); as associações negativas com o sexo nas quais pode resultar um diagnóstico seropositivo; um sentido de culpa; vergonha; ou a internalização do estigma, a qual pode levar as

peçoas que vivem com o HIV a acharem que não são merecedoras, e não merecem mais o amor e o sexo. Muitas mulheres que vivem com o HIV, experimentam uma perda de identidade sexual na sequência dum diagnóstico positivo. No caso em que a abstinência nasce de quaisquer dos sentimentos negativos acima referidos, pode prevalecer um sentido falso de potencialização, no caso das mulheres encontrarem circunstâncias nas quais está claro que não estão em controlo da situação, tais como incidentes de violência sexual, de coerção ou da simples percepção de que a opção pela abstinência teve a sua motivação em factores externos em vez de internos.

O que se deve visar, segundo diz uma mulher jovem seropositiva que vive no Zimbábwê, é uma situação na qual 'não' significa 'não', mas 'sim' significa igualmente 'sim'. Em outras palavras, casos em que as mulheres que vivem com o HIV, e mulheres seronegativas ou que não tenham feito o teste, devem poder valer-se do seu direito de decidir quando, como, porque e com quem ter relações sexuais. "Existe sexo depois dum diagnóstico de HIV", disse ela, da mesma maneira que existe sexo depois da menopausa para as mulheres mais idosas, sexo depois de tornar-se deficiente físico, e sexo depois da viuvez. Algumas das suas experiências iniciais de sexo na sequência do diagnóstico, foram acompanhadas de ignorância por parte dos parceiros masculinos, alguns dos quais estavam à espera da sua gratidão pela maçada pela qual passavam para dar-lhe prazer, enquanto se protegiam a si próprios, outros cujo medo de ficarem infectados era tão grande que dominava o acto sexual.

Falta de liderança

Estas mulheres sentem-se desiludidas pelos seus líderes, em particular pelas primeiras damas de alguns dos seus países, que estão frequentemente em primeiro plano nas campanhas de prevenção, mas que apoiam a promoção pela administração de Bush, das campanhas com a abstinência em primeiro lugar, fazendo-se referência ao sexo 'ilícito' e 'imoral' que estigmatiza aquelas que já vivem com o vírus. A abstinência mostrou-se sem êxito como mensagem de prevenção a longo prazo. Activistas de sexo feminino sobre o HIV/SIDA em Uganda foram estigmatizadas como a 'Máfia das Mulheres do SIDA' por terem reivindicado pelo menos que se mantenham os preservativos na agenda política, apesar da proclamação do Presidente Yoweri Museveni na Conferência Internacional sobre o SIDA em Bangcoc em 2004, que "os preservativos não funcionam com todos os estilos sexuais."

Existe igualmente um sentimento forte, de que os seus líderes estão desactualizados – ou optam por não levar em consideração – as realidades no terreno nos seus países. Kanjoo, uma mulher jovem seropositiva da Namíbia, disse: "Talvez se verifique um movimento pela abstinência que

corre muito rapidamente por toda a África. Mas ao mesmo tempo, registam-se muitas histórias de gravidezes precoces. ... O sexo antes do casamento está a ser condenado por todo lado, mas parece estar a acontecer a uma taxa maior do que em qualquer altura anterior. ... As mensagens de abstinência e de prevenção, retiraram todo o amor da equação. As mensagens são abstractas e estéreis. Precisamos de trazer de volta o amor na equação."

Ónus de responsabilidade

Os relacionamentos que tenham uma ênfase na parceria, no carinho e numa vida sexual que satisfaz, podem ser muito curativas. Mas a realização de tais relações, sobretudo em casais sero-discordantes – é difícil. Onde é que terminam os direitos de um parceiro e onde começam os do outro? De quem é a responsabilidade de garantir que o outro fique protegido, no caso em que pode já ser a mulher (neste caso, a parceira seropositiva) que está a lutar por garantir que o casal pratique o sexo mais seguro? Com a vinda da criminalização da transmissão do HIV em muitos países, o ónus da responsabilidade pesa sobre a pessoa que vive com o vírus, mas quando tal pessoa se trata dum mulher, ela pode eventualmente ficar impotente em termos de garantir que o seu parceiro se proteja.

Qual é a solução? Os participantes neste diálogo recomendaram maior abertura acerca do sexo e da sexualidade, a começar pela família – os pais conversando com os seus filhos acerca do sexo, incluindo dos tipos certos e tipos errados de sexo, para que as raparigas em particular consigam entender mais desde uma idade inicial, como evitar a coerção e situações potencialmente perigosas. Um segundo passo, é de manter a pressão sobre os governos, através do diálogo e dos meios de comunicação, de modo que as leis e estratégias nacionais não se baseiem apenas no oportunismo político, mas igualmente levem em conta as realidades das mulheres e dos homens no terreno. Em terceiro lugar, existe a necessidade de ampliar as definições culturais do sexo e da sexualidade, para abranger a intimidade, o prazer e o amor, e de garantir que estes sejam reflectidos nas mensagens de prevenção. ■



Luisa Orza

Oficial de Monitoria de Projectos, Comunidade Internacional de Mulheres que vivem com o HIV/SIDA (ICW)

Correspondência:

Unit 6, Building 1, Canonbury Yard, 90a New North Road
London N1 7BJ, United Kingdom

Tel: +44 20 7704 0606, Fax: +44 20 7704 8070

E-mail: info@icw.org, Web: www.icw.org



Seconde Nsabimana no escritório da RBP+

A tomada de acção contra o HIV e o SIDA no Burundi

A experiência de Seconde Nsabimana da RBP+

Artigo produzido como parte do Projecto KIC

No Burundi, tal como em muitos países africanos, o HIV e o SIDA têm cara feminina. Conforme uma investigação nacional em 2002, a taxa de seroprevalência entre as mulheres estava a 13% nas zonas urbanas, em comparação com 5.5% entre os homens. Nas zonas rurais, 2.9% das mulheres estavam infectadas com o HIV, enquanto que apenas 2.1% dos homens estavam a viver com o vírus. Até finais de 2005, o número de pessoas que vivem com o HIV (PVHS) no Burundi, estimava-se em 150.000, das quais 60% eram mulheres.

A primeira organização a responder ao desafio do HIV e do SIDA, foi a Associação para as Mulheres e o SIDA em África (SWAA-Burundi), a qual se estabeleceu em 1992. Ela foi seguida da Associação Nacional de Apoio aos Seropositivos (ANSS) em 1994. Alguns anos mais tarde, foi fundada a RBP+ (Rede Burundiana das Pessoas que vivem com o HIV). A SWAA, ANSS e RBP+ constituíram as principais organizações que se deram conta da necessidade de envolver as PVHS nas suas estruturas, sobretudo as mulheres que vivem com o HIV, as quais integraram estas organizações e assumiram cargos de liderança. Mulheres seropositivas ocupam cargos chave na RBP+. Por exemplo, o Conselho é composto de cinco membros, dos quais três são mulheres.

Para mim uma nova experiência iniciou em 1988, um período no qual ser-se infectado pelo HIV quase que implicava a morte. Fui ter com um médico da família que me apresentou o que eu achava um resultado falso do teste para o HIV. A minha determinação em saber a verdade, levou-me a um médico expatriado que confirmou a minha seropositividade. Foi demasiado duro para mim, eu tinha acabado de casar-me, e com este acontecimento eu achava que a vida já não tinha mais nada a

oferecer. Demiti-me das minhas obrigações matrimoniais – ter relações íntimas dava-me nojo em vez de prazer. A única preocupação que eu tinha, eram os meus dois filhos. Na altura eu amamentava o meu bebé de três meses de idade. O meu médico tinha-me garantido que não havia nenhum risco de

A partir daquele momento, nasceu uma força dentro de mim que agora me empurra a tomar atitudes para permitir que eu leve uma vida positiva

infectar o meu bebé com o HIV através do leite materno. Seis meses mais tarde, eu soube da rádio que ao ser-se seropositiva, era estritamente proibido amamentar. A imagem que nunca há-de sair da minha memória, é a da minha bebé. Uma manhã enquanto ela esperava ansiosamente por ser amamentada como habitualmente, foi dado a ela o leite de vaca num frasco. Ela reagiu mal, gritando e jogando fora o biberão. Isto preocupou-me imensamente.

Eu suportei os meus anos iniciais de seropositividade na solidão, porque o meu marido negava a sua realidade. No hospital onde eu trabalhava, assustavam-me caras

emaciadas, em particular as das mulheres acamadas, desesperadas, rejeitadas pelos seus entes queridos, que os apelidavam de ‘candidatos à morte’. Onde quer que eu fosse, a sombra da morte parecia acompanhar-me. A partir dessa altura, eu dediquei-me a trazer esperança e alegria às mulheres internadas que, tal como no meu caso, viviam com o HIV.

Começar a levar uma vida positiva

A partir daquele momento, nasceu dentro de mim uma força que agora me impele a tomar uma atitude para permitir que eu leve uma vida positiva. Isto é o que me motivou a integrar a SWAA-Burundi em 1992 para apoiar as mulheres positivas. Foi o início da minha vida positiva. Agora, passados quase quinze anos, sou Vice-presidente da RBP+ e membro do Centro GIPA, uma associação que inicia actividades relacionadas com o HIV e o SIDA nos locais de trabalho.

Não é fácil para as pessoas seropositivas, envolverem-se na luta contra o SIDA. No caso da pessoa ser seropositiva, a principal barreira para ela ficar mais activa nesta luta, é que as pessoas responsáveis pelas ONGs tratam a pessoa de beneficiária dos seus serviços, e tendem a evitar envolver as PVHS na direcção. Estas pessoas têm a expectativa de você esperar e receber os serviços que oferecem. Esta é uma forma de estigmatização e de discriminação. Além disso, por causa do envolvimento extraordinariamente activo das pessoas infectadas pelo HIV nas ONGs, o pessoal considera as PVHS como concorrentes na altura de estarem disponíveis empregos assalariados.

Recursos

sobre as mulheres que vivem com o HIV

Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS

Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings FNUAP/OMS, 2006 (83 p.)



Esta publicação aborda as necessidades específicas a nível da saúde sexual e reprodutiva das mulheres que vivem com o HIV e contém recomendações a nível do aconselhamento, da terapia anti-retroviral, cuidados e de outras intervenções. O documento sustenta que os serviços de saúde sexual e reprodutiva têm condições ímpares para melhorar a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, tratar as infecções por HIV e prevenir novas infecções.

www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/616_filename_srh_hiv-aids.pdf

Folhas informativas da ICW/GCWA (2006)

Com o apoio da Coligação Mundial sobre as Mulheres e o SIDA (GCWA), liderada pela ONU, a ICW produziu três folhas informativas em inglês. Estas formulam mensagens fundamentais de advocacia na base das constatações do trabalho da ICW em projectos sobre:

- Violência contra as mulheres: www.icw.org/files/VAW-ICW fact sheet-06.doc
- Direitos de saúde sexual e reprodutiva: www.icw.org/files/SRHR-ICW fact sheet-06.doc
- Acesso aos cuidados, tratamento e apoio: www.icw.org/files/ACTS-ICW fact sheet-06.doc

Eu não deixo qualquer pessoa apontar-me com o dedo. Em vez disso, prefiro dizer o que quero, de forma clamorosa. O que é mais importante, é que eu informei a minha família e os meus amigos da minha condição. O meu cônjuge permitiu que eu falasse abertamente acerca da minha seropositividade, apenas mais tarde, em 2000, altura em que ele era voluntário junto das Nações Unidas. Ele finalmente percebeu a necessidade de quebrar o silêncio e partir a casca que incomodava a todos nós – a estigmatização. O apoio pode constituir a força motriz da mudança para as PVHS. Anteriormente, o meu marido me proibia declarar a minha seropositividade aos médicos, quando eu fosse às consultas. Ele aconselhava-me a deixar-lhes realizarem o seu próprio diagnóstico e adivinharem, do que é que eu padecia. Imagina!? Ele até não estava à vontade que eu revelasse a minha seropositividade aos meus irmãos e irmãs.

Foi muito difícil revelar a nossa condição aos nossos filhos. O dia que resolvi fazer isso, as crianças disseram: *“Sabíamos disso já há muito tempo mãe, as outras crianças disseram-nos com maldade que estamos infectados pelo SIDA tal como estão os nossos pais. Além de mais, o pai toma medicamentos, não é?”* Este foi o momento ideal para sensibilizá-los sobre o HIV e o SIDA, e igualmente para explicar-lhes a importância de ter integrado organizações de apoio e de prepará-los para a testagem voluntária.

Tornar-se mais activo

Em 1992, um dos membros fundadores da SWAA, ao qual eu tinha revelado a minha seropositividade, perguntou-me se eu estava interessada em integrar a nova associação. Eu juntei-me a eles sem hesitação, porque estava motivada pelas minhas experiências e pelos meus conhecimentos das necessidades das mulheres infectadas. Na SWAA eu aprendi a falar sobre a minha positividade, durante o aconselhamento pré- e pós-teste que eu dava. De 1998 até 2000, eu participei nas actividades de prevenção da ANSS, porque queria fazer uma contribuição através da troca de experiências com outras PVHS. Em 2001 eu integrei um projecto piloto sobre o GIPA, iniciado pelo Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas (PNUD). Hoje em dia, sou membro do Centro GIPA. Em finais de 2001 nós montámos as estruturas da RBP+, da qual eu tornei-me dentro em breve a Vice-presidente.

O envolvimento de PVHS como eu em organizações tais como a SWAA e no Centro GIPA, constituiu uma lição e um modelo não só para os serviços públicos, como igualmente para as ONGs na luta contra o HIV e o SIDA. Na SWAA provámos que era mais fácil para as mulheres infectadas revelarem a sua positividade, e que os cuidados psicossociais podiam ser satisfatórios, devido à troca de experiências de vida. Além de mais, as pessoas que chegaram para o aconselhamento e testagem voluntária (ATV) ficaram mais confiantes, mais abertas, mais tranquilizadas e mais dispostas à mudança comportamental.

Os testemunhos dados com mentes abertas, constituíram uma mais-valia para os membros da SWAA. No Centro GIPA a perícia das PVHS contribuiu numa forma extraordinária para os programas nos locais de trabalho. Levou a mais revelações por PVHS, e a respostas tais como a montagem de fundos de solidariedade especiais a nível de empresa para a compra de medicamentos e a elaboração de políticas a nível do local de trabalho para sensibilizar a gerência sobre a necessidade de integrar (*‘mainstream’*) o HIV e o SIDA dentro dos programas.

Por último, considero a RBP+ a minha obra, um resultado do meu envolvimento a longa data na luta contra o HIV e o SIDA. O seu início facilitou a mobilização de PVHS de todas as posições sociais, no sentido de ficarem activamente envolvidas na advocacia em defesa dos seus direitos básicos. Quando constituímos a RBP+ em 2001, as pessoas ainda gozavam connosco. A estigmatização estava muito difundida e as respostas à epidemia eram limitadas. A união faz a força! Hoje em dia, posso confirmar sem hesitação que no Burundi, apesar do acesso aos cuidados não ser satisfatório, as pessoas seropositivas e sobretudo as mulheres, contam com uma estrutura ideal pela qual exprimirem as suas preocupações – uma rede de pares. ■

Seconde Nsabimana

Vice-presidente da RBP+ (Rede Burundiana das Pessoas que vivem com o HIV)

Correspondência:

E-mail: sekundansa@yahoo.fr

Mulheres, direitos à propriedade e o HIV na Índia

Dipika Jain



Foto: Annelies van Brink

Em 2006, a ONUSIDA relatou que quase metade dos adultos que vivem com o HIV e o SIDA hoje em dia, são mulheres. Segundo as estimativas, 38% dos adultos seropositivos na Índia são mulheres, e o número de mulheres jovens, com idades compreendidas entre 15 e 24 anos, que vivem com o HIV, é o dobro do dos homens jovens.¹ O HIV/SIDA revelou as iniquidades sociais que predispoem as raparigas e mulheres à infecção por HIV, mas as mulheres precisam de mais do que direitos para proteger-se. Na Índia, a epidemia do SIDA aumenta a devastação das violações das mulheres a nível da propriedade. Neste país, é provável que as mulheres e os seus filhos enfrentem não só o estigma contra as pessoas afectadas pelo HIV e SIDA, como igualmente aquele causado pela sua incapacidade de possuir e ter acesso à propriedade.

Esta incapacidade de possuir e ter acesso à propriedade, constitui uma das maiores dificuldades que as mulheres enfrentam nos agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA. As mulheres seropositivas que tenham sido abandonadas pelos seus maridos e afastadas das suas comunidades, e as viúvas que perderam os seus maridos perante doenças relacionadas com o SIDA, muita das vezes são privadas duma parte legítima da propriedade dos seus maridos. A comunidade ou os seus sogros jogam-nas na rua, deixando-as indigentes e desabrigadas. Às vezes, as mulheres são devolvidas para os seus pais sem o dote que levaram, tornando difícil que as suas famílias as sustentem.²

As leis e costumes proibem que as viúvas herdem os bens. Isto leva a que sejam despejadas das suas terras e casas pela família dos seus sogros, e despojadas dos seus haveres. A evidência demonstra que as mulheres cujos parceiros adoecem e morrem devido a doenças relacionadas com o SIDA, sofrem a discriminação, abandono, e até a

Esta incapacidade de possuir e ter acesso à propriedade, constitui uma das maiores dificuldades que as mulheres enfrentam nos agregados familiares afectados pelo HIV/SIDA

violência. Em alguns sítios, quando os seus maridos morrem, as mulheres perdem os seus lares, herança, haveres, meios de vida e até os seus filhos. Tal insegurança obriga muitas delas a adoptarem estratégias para a sobrevivência que aumentam as suas probabilidades de contrair o HIV.

Em muitas famílias, as mulheres – filhas, esposas e noras que vivem com o HIV – enfrentam mais discriminação do que os filhos, maridos e

genros.³ As mulheres casadas testemunham que não podem revelar a sua seropositividade aos seus maridos, por receio de serem vitimizadas e abandonadas. Frequentemente as mulheres são culpadas pela família dos sogros, quando os maridos ficam infectados por HIV. São vistas como sendo transmissoras da infecção, mesmo que a família tenha conhecimento de que o marido tinha visitado trabalhadoras do sexo. Esta culpa é atribuída por achar-se que a esposa não conseguia satisfazer o seu marido sexualmente, dando como resultado que este procurasse trabalhadoras do sexo. Ironicamente, ainda se espera que as mulheres forneçam cuidados para os maridos que vivem com o SIDA. Depois do falecimento do marido, porém, a utilidade da esposa terá acabado. Isto é demonstrado pelo facto da família dos sogros recusar à esposa uma parte dos bens ou pensão do seu marido.³

A *Human Rights Law Network* (HRLN – “Rede para o Direito dos Direitos Humanos”), é uma ONG sem fins lucrativos com sede na Índia. Trata-se duma rede de advogados e activistas sociais que trabalham para garantir que os pobres e vulneráveis tenham acesso à justiça. Nos últimos anos, nós documentámos casos em vários estados indianos, de usurpação de bens pela família dos sogros de pessoas que vivem com o HIV e o SIDA. Alguns exemplos poderão ser suficientes.⁴



- O marido da Suniti Chauhan morreu há um ano, duma doença relacionada com o SIDA. Eles viviam no Distrito de Kishanganj no Estado de Bihar. A Suniti é também seropositiva. Actualmente ela está hospedada em casa do seu pai. Os seus sogros recusaram-se a reconhecer a sua participação nos bens do agregado familiar.
- A Rukmaniu, do Distrito de Ethah no Estado de Uttar Pradesh, também é seropositiva. O seu marido morreu igualmente duma doença relacionada com o SIDA, depois de alguns anos de casamento. Ela tem um filho, que vive com o HIV. Ela foi espancada e expulsa do seu lar conjugal, não lhe tendo sido permitido levar nem sequer a sua roupa, porque os seus sogros a culpavam pela morte do seu filho. Ela instaurou um processo por devolução dos seus bens. Actualmente ela está hospedada em casa do seu irmão.
- A Roshani Singh de Varanasi, foi expulsa da casa dos seus sogros depois da sua seropositividade ter sido descoberta. O seu marido morreu de febres há dois anos. Ela foi espancada pelos três irmãos mais velhos do seu marido, e foi-lhe negada qualquer parte dos bens. Ela mendigou durante um ano nas ruas para apoiar o seu filho de dois anos de idade.

Na Índia, tal como em outras cantos do mundo, os direitos das mulheres à propriedade são limitados em comparação com os dos homens. A negação e violações dos direitos das mulheres à



propriedade, alargam a desigualdade económica entre homens e mulheres. As direitos das mulheres à propriedade são afectados por uma teia complexa de leis estatutárias, leis do direito pessoal, usos e costumes sociais. As leis do direito pessoal regem as questões de direito de família e determinam a parte duma mulher nos bens dos seus pais ou nos bens matrimoniais. A aplicabilidade de qualquer conjunto de leis do direito pessoal, depende da filiação religiosa duma pessoa. Por exemplo, os hindus, sikhs, budistas e jainas, são regidos pela Lei do Matrimónio Hindu de 1955 e pela Lei Hindu da Sucessão Hereditária de 1956, ao passo que as mulheres muçulmanas são regidas pela Lei da Aplicação do Direito Pessoal Muçulmano (Shariat) de 1937 e pela Lei da (Protecção dos Direitos da) Mulher Muçulmana (ao Divorciar-se) de 1986. Além disso, os direitos tribais das mulheres à propriedade, são regidos pelos usos e costumes da sua tribo. Está claro que não há nenhum conjunto uniforme de direito a reger os direitos das mulheres indianas à propriedade. Os direitos à propriedade duma mulher indiana, dependem da sua religião, do seu estado civil, de que parte do país ela provém, da sua associação tribal e assim por diante.

Mulheres hindus

Será útil tomar o exemplo dos direitos à propriedade das mulheres hindus. Os seus direitos à propriedade, bem como os das mulheres sikhs, budistas e jainas na Índia, dependem não só da religião e da região, como igualmente da sua condição dentro da família: se a mulher é uma filha, mãe, casada ou solteira, abandonada ou viúva. Os seus direitos à propriedade dependem igualmente do tipo de bens em questão, ou seja, se os bens são hereditários/ancestrais ou adquiridos por si própria, se se tratam da terra, duma habitação ou de bens matrimoniais. As recentes emendas à Lei Hindu da Sucessão Hereditária (Setembro de 2005), melhoraram os direitos à propriedade das mulheres hindus. A Lei já cobre as propriedades agrícolas, pelo que uma filha é reconhecida como herdeira pela sua nascença, da mesma maneira que os seus irmãos. Foram revogadas as secções da Lei que impediam que uma pessoa de sexo feminino a residir no lar familiar, pedisse uma separação (divisão) do lar, e que não permitiam que as viúvas que casassem de novo, herdassem os bens dos seus maridos falecidos. Contudo, ao abrigo da Lei Hindu da Sucessão Hereditária, as filhas ainda dispõem de direitos limitados no que diz respeito aos bens ancestrais. Por exemplo, no caso de Narashimaha Murthy contra Smt. Susheelabai e outros (1996), o Supremo Tribunal da Índia determinou que o direito da herdeira de reivindicar a separação, fica limitado pelos direitos dos herdeiros de sexo masculino; ela não pode pedir a separação excepto quando os herdeiros de sexo masculino resolvem realizar a separação do lar.

Além disso, um testamento pode negar a uma filha, todos os direitos aos bens dos pais. Isto deve-se ao facto de ser ilimitado o direito dos

pais hindus, de passarem os bens adquiridos por si próprio, e portanto, eles podem e frequentemente de facto legam tais bens unicamente aos seus filhos.

Acesso à justiça

Garantir a igualdade de direitos à propriedade, protege uma mulher e garante a segurança económica da sua família, enquanto igualmente a potencializa no sentido de lutar contra as injustiças sociais e políticas. Porém, é pertinente realçar que dispor-se de leis que sejam justas em termos de género, não garante necessariamente o acesso à justiça. Apesar dos direitos iguais concedidos às mulheres na Índia, as mulheres continuam privadas duma condição de igual em comparação com os homens. Daí que na HRLN, a Iniciativa das Mulheres pela Justiça e a Iniciativa sobre o HIV/SIDA e a Lei, opõem-se a todas as formas de discriminação na base de género e de violência contra as mulheres, e visam permitir o acesso pelas mulheres ao sistema de justiça, como um meio indispensável à sua potencialização.

Em conformidade com a nossa filosofia, nós fornecemos *serviços jurídicos abrangentes e gratuitos* às mulheres pobres e marginalizadas. Tentamos desmistificar os termos, conceitos e procedimentos jurídicos, de modo que aqueles que tenham sido negligenciados pelo sistema de justiça, possam igualmente conseguir os seus direitos. Para alcançar este objectivo, enfatizamos o papel do ensino jurídico. Igualmente fazemos campanha no meio da população, por um melhor entendimento do direito e do sistema judiciário, através de diversos canais em várias línguas indianas. São realizadas campanhas através de material que é projectado de modo a ir ao encontro das exigências específicas do público alvo. A HRLN fomenta igualmente a constituição de *equipas jurídicas baseadas na comunidade e de colectivos legais a nível nacional* para atingir essas metas numa escala maior, ajudando os activistas a tecerem redes com advogados, e partilhando os nossos conhecimentos e experiência prática. Em último lugar, a instauração de *causas do interesse público*, constitui outra ferramenta legal que usamos para remediar as violações dos direitos à propriedade e de herança das mulheres que estão afectadas pelo HIV e SIDA ou que vivem com o mesmo. Intervenções decisivas e profissionais a nível do Tribunal Supremo, podem ocasionar mudanças às políticas dos estados conservadores e trazer alívio a milhões de mulheres indianas. ■

Dipika Jain

Investigadora jurídica junto da Human Rights Law Network (HRLN)

Correspondência:

65 Masjid Road, Jungpura, New Delhi 110014, India

Tel: +91 11 2437 6922, Fax: +91 112437 4502

E-mail: hri.delho@hrln.org/dipikajain@rediffmail.com

Web: www.hrln.org

1. Kaiser Family Foundation, *Fact sheet HIV/AIDS in India*, Setembro de 2006: www.kff.org/hivaids/7312.cfm
2. Um dote trata-se duma oferta de dinheiro ou de objectos de valor, por parte da família da noiva à do noivo, de forma a permitir o seu casamento.
3. ONUSIDA, Índia: *HIV and AIDS-related Discrimination, Stigmatization and Denial*, Agosto de 2001: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC587-India_en.pdf
4. Os nomes foram modificados para manter o sigilo.



Trabalho da memória: Aprender da experiência ugandesa

Nicola Ward, Jacqueline Nabwire, Jacinta Magero & Annet Biryetega

O trabalho da memória está a tornar-se uma abordagem comunitária muito difundida, na redução do estigma e da discriminação, e na planificação para o futuro das crianças nas comunidades afectadas pelo SIDA, principalmente em África. O primeiro projecto da memória foi iniciado em 1997 pela Comunidade Nacional de Mulheres que vivem com o HIV e o SIDA em Uganda (NACWOLA).¹ A sua formação inicial para mães e filhos, realizou-se em 1998. Na altura, o projecto visava mulheres que viviam com o HIV e o SIDA, e os seus filhos. Contudo, depois de vários anos, foi tomada a decisão de incluir os pais e maridos.

O trabalho da memória constitui uma abordagem prática, centrada nas crianças e liderada pela comunidade, que encoraja as famílias a comunicarem abertamente acerca do HIV e do SIDA.² Ela focaliza o melhoramento da comunicação entre os encarregados de educação e pais que vivem com o HIV, e os seus filhos; a revelação da sua seropositividade e de outras informações importantes; a planificação da sucessão e a redacção da história importante da família num livro da memória. Realizam-se várias actividades em torno destes quatro pilares principais, incluindo a formação e grupos de apoio pelos pares para os pais, encarregados de educação e crianças. O livro da memória constitui uma ferramenta que é também empregue para facilitar o processo. Este livro constitui um registo escrito da história familiar e individual, de dados importantes, memórias, esperanças e recados. Ele pode ser redigido pelos pais ou encarregados de educação, com ou para as crianças, ou pelas próprias crianças.

A implementação bem sucedida pela NACWOLA do trabalho da memória, deve-se em parte ao facto de que ela está profundamente enraizada nas comunidades, e igualmente porque as pessoas que estão a implementar o projecto, têm um sentido de posse do programa. Os

formadores e a equipa de seguimento, consistem em membros da NACWOLA – mulheres que vivem com o HIV – que tenham sido beneficiários do projecto da memória e possam, portanto, criar laços fortes com outros beneficiários. Outros critérios de selecção dos formadores, incluem uma qualificação mínima em termos de escolarização, alguma experiência na redacção dum livro da memória a nível pessoal, e uma seropositividade revelada aos filhos ou filhos adoptivos. Os que são escolhidos, participam numa formação em trabalho da memória para formadores, a qual

pode durar oito a dez dias. Em 2005, foi editado um manual de formação para ajudá-los no seu trabalho.³ Os formadores beneficiaram igualmente de outras formações, p. ex. em cuidados domiciliários, prevenção de transmissão vertical (PMTCT), aconselhamento nutricional, tratamento do estigma e cuidados paliativos. Desde 1998 que a NACWOLA formou 141 formadores em trabalho da memória. Algumas destas mulheres faleceram, enquanto que algumas já são quadros ou voluntárias em clínicas de HIV e em outras organizações de serviço sobre o SIDA em Uganda. Outras são quadros e voluntárias na NACWOLA, ou pessoas-recurso a nível distrital, onde ajudam na monitoria do trabalho da memória.

Aprender a partir da experiência

Os participantes do trabalho da memória passam por um processo de melhorar a comunicação no contexto familiar com os

Oportunidades para a prevenção do HIV?

O trabalho da memória pode ser visto como um ponto de entrada para o trabalho sobre o HIV e o SIDA a nível da família. Ele pode constituir um bom começo para que as famílias iniciem a comunicação em torno de questões do HIV e do SIDA, da revelação da seropositividade às crianças e da planificação para o futuro. Todas estas são questões de fundo, que são críticas para o sucesso dos programas sobre o HIV e o SIDA. Nas zonas onde teve lugar um trabalho da memória, existe evidência duma procura aumentada de outros programas sobre o HIV e o SIDA, desde acesso ao tratamento anti-retroviral, acesso a dispositivos de testagem voluntária e aconselhamento, até ao acesso à informação acerca da prevenção do HIV.

No caso do trabalho de prevenção do HIV, à medida que mais famílias começam a discutir questões importantes de consciência sobre o HIV e o SIDA em casa, a consciência elevada potencializa as crianças no sentido destas recorrerem à informação sobre a prevenção. À medida que mais famílias envolvem-se no trabalho da memória, torna-se uma preocupação da comunidade, e os vizinhos, outros familiares e amigos tomam consciência da situação e da necessidade de se envolverem nos programas de prevenção.

Handout 2: Some key points about disclosing to children

Preparing

- Be clear about what you want to say and what the child needs to know.
- Break this down into smaller pieces that can be given to the child one at a time. For children aged four to six, it helps to put the information in the form of a story. For older children who can read, you could prepare a letter to start the process. The child can read it at a quiet time and think about it before you speak together.
- Make sure the information you give is appropriate to the child's level of understanding.
- Practise what you want to say with an adult you can trust before you disclose.
- Think about the signs your child shows when they are upset and be ready to stop if you see these signs. Some children feel more comfortable talking to another adult outside the immediate family. This might – but not always – be true for children between the ages of 7 and 12, who often admire other adults in their lives such as uncles, aunts and teachers. You will need to be able to trust and feel comfortable with such a person before you share this responsibility with them.
- Think of the questions they might ask and think through your possible answers.
- It helps if you have already started thinking about plans for the future, so you can reassure your children they will not be left alone.
- When you know what you want to say, be ready for the right time to say it: for example, when your child raises the subject of illness or has AIDS lessons at school. Make sure both you and the child are calm and that you will not be interrupted before you begin.

Telling

- Decide what to begin with and do not talk for too long.
- Be clear and ready to summarise the important points.
- Be honest and calm.
- One way to start is to talk about illness generally, then about your own personal illness, and then HIV and AIDS in the family.
- Stop if your child shows signs of distress, becomes quiet, looks away or changes the subject. Comfort the child.
- Be ready to answer questions like: "How did you get it?", "Have I got it?" and "When will you die?"
- Be ready for shock, anger, blame and denial. Remember, these reactions will pass with time.

duma doença relacionada com o SIDA".
(Membro da secção de Busia da NACWOLA)

As crianças que beneficiaram das formações, também tornaram-se mais apoiantes dos seus pais que vivem com o HIV: *"Vi como o meu pai estava a sofrer antes do seu falecimento. Eu sabia que não teríamos ninguém para cuidar de nós. Contudo, a minha mãe tem sido apoiante. Ela disse-nos que é seropositiva, mas que ainda consegue cuidar de nós. Lembramos-lhe sempre para tomar os medicamentos ARV", disse uma criança de Luweero. Uma criança de Busia disse: "Consigo aconselhar o meu irmão mais novo e a minha irmã em casa, sobre como evitar a gravidez precoce, sobre o casamento, o HIV/SIDA; sou um educador de pares."*⁴

O projecto alargou-se devido ao efeito dominó. Os beneficiários anteriores informam a outros acerca dele, criando, portanto, uma procura em aumento constante. Implementada originalmente em um só distrito, a NACWOLA já expandiu o trabalho da memória para uma escala maior, para cobrir cinco distritos em que ela dispõe de delegações, como parte do Projecto Internacional da Memória que iniciou em 2004. Dessa altura para cá, foram formados uns 150 pais e encarregados de educação e um número igual de crianças, tendo os mesmos começado o trabalho da memória. Foram estabelecidos clubes de apoio às crianças pelos pares em todos os cinco distritos, os quais se reúnem, ou durante as férias escolares, ou aos sábados. Os assuntos debatidos dependem dos interesses das crianças e incluem temas em torno das ITS, do HIV e da consciência sobre o SIDA. Os clubes constituem um lugar seguro para a partilha de experiências de vida, o desenvolvimento dum sentido de auto-confiança, a elevação do amor próprio e o aumento da capacidade de rápida recuperação.

Na sequência das formações com os pais e encarregados de educação, cada participante recebe um exemplar dum livro da memória, tendo a possibilidade de solicitar mais exemplares em função do número de crianças que eles têm por agregado familiar. Desde o início do Projecto Internacional da Memória, foram concluídos ou estão em curso 210 livros da memória. Os desafios encontrados ao compilarem-se os livros da memória, incluem a dificuldade em obter informação

Revelar às crianças. Material de apoio para os participantes nas formações sobre o livro da memória, tirado do Manual do formador em trabalho da memória

seus filhos, e de planificação para o futuro. O programa é flexível e permite que as famílias levem períodos de tempo diferentes para alcançar a comunicação melhorada. Entre a formação dos pais/encarregados de educação e a das crianças, verifica-se um intervalo de três meses para dar tempo aos pais para revelarem o seu estado aos seus filhos, sendo esta uma condição prévia antes das crianças poderem participar na sua formação. São constituídos grupos separados de apoio posterior à formação, para os pais e para as crianças. Isto atribui espaço e tempo às crianças e aos pais, para partilharem experiências e melhorarem a comunicação.

Foram montados clubes para os livros da memória, para apoiar os pais na redacção de livros da memória. O processo do trabalho da memória, baseia-se numa interacção inter-pessoal entre o formador, a equipa de seguimento e as comunidades nas quais estes trabalham. Os participantes são encorajados a partilharem as suas próprias experiências dos desafios que encararam ao prepararem-se para revelar a sua seropositividade, enfren-

tando o estigma e a discriminação, e a forma como comunicaram com os seus filhos. O programa é eficiente em termos dos seus custos, porque se estende até a grande número de indivíduos que contem com um insumo mínimo em capital. Outro factor chave por detrás do seu sucesso, é o empenho dos formadores.

Impacto

O impacto do projecto é sentido ao nível da base; o mesmo começa com os participantes no programa, que em seguida partilham as suas experiências com outros na comunidade. O seguinte é um depoimento dum participante no projecto de trabalho da memória: *"Eu revelei a minha seropositividade ao meu filho, depois de passar por uma formação dentro dum projecto ligado à memória. Agora o meu filho entende porque é que não consigo proporcionar-lhe tudo porque discutimos questões familiares. Quando dei-lhe dinheiro para pagar a sua viagem escolar, ele ficou tão contente e disse-me que o seu professor lhe tinha dito que ele não tinha os meios para uma viagem escolar, porque o seu pai morreu*

familiar sobre os maridos falecidos, a questão da revelação e os níveis elevados de analfabetismo nas zonas rurais. As crianças e mães alfabetizadas nos clubes de livro da memória, ajudam os pais analfabetos a escreverem livros da memória. Foram igualmente traduzidos guias para o livro da memória para três línguas locais, de forma a superar algumas das barreiras.

O envolvimento dos homens

Através do processo de aprendizagem a partir dos vários anos de experiência em trabalho da memória, a NACWOLA modificou o programa para incluir algumas componentes novas. Uma das mudanças mais importantes, trata-se da inclusão dos homens no programa. A NACWOLA tomou uma decisão consciente de implementar o projecto da memória, fora da sua base central de membros – as mulheres que vivem com o HIV – devido à procura elevada. Já implementou projectos juntamente com outras organizações que trabalham com os homens, notavelmente a Lumero, a TASO, a UWESO e a Reach the Child Uganda.

Houve várias razões para esta mudança de abordagem. Na cultura ugandesa, os homens chefiam as famílias, e portanto, são influentes na tomada de decisões no agregado familiar. É importante envolvê-los, de tal maneira que se tornem uma parte integrante do processo do trabalho da memória e apoiem os planos traçados para as crianças pelas suas mães. Incluir os homens nos workshops de formação e nas reuniões dos grupos, cria

Lições aprendidas

- Um ambiente familiar de apoio, criado através do envolvimento dos pais no trabalho da memória, desenvolve um apoio psicossocial, o qual é muito importante não só para os filhos, como igualmente para os pais.
- Uma abordagem centrada nas crianças garante que as crianças estejam envolvidas na planificação para o seu futuro, e uma assunção tranquila das tarefas domésticas após a morte dos seus pais.
- Os clubes de livro da memória para os pais que estejam a realizar livros da memória, podem desempenhar um papel importante em proporcionar apoio pelos pares. A partilha de experiências ajuda os pais a enfrentarem os desafios e concluírem os seus livros da memória.

abertura para debates sobre questões de género. Um exemplo dum debate deste tipo, podia ser sobre a razão por que uma criança de sexo feminino pode eventualmente ter de desistir da escola para cuidar da sua mãe doente, enquanto que há uma criança de sexo masculino, mais crescida, no agregado familiar. Em último lugar, um ambiente familiar apoiante criado através do empenho dos pais, desenvolve o apoio psicossocial, que é muito importante não só para as crianças, como igualmente para os pais.

Assunção tranquila

Outras mudanças na abordagem de implementação do projecto de trabalho da memória, incluíram o desenvolvimento duma abordagem centrada nas crianças que envolvia as crianças na planificação para o seu futuro e responsabilidades domésticas, para uma assunção futura tranquila das tarefas domésticas após a morte dos seus pais. Isto levou ao estabelecimento de ligações com outras organizações, como por exemplo a Heifer International, para ajudar os pais na montagem de actividades de geração de rendimento. Depois disso, foram montados clubes das crianças, os quais já se alargaram para todos os distritos que implementam o projecto da memória em Uganda. O outro benefício dos clubes das crianças, é que podem desempenhar o papel de grupos de apoio pelos pares. Os clubes de livro da memória para os pais que estão a completar os livros da memória, também começaram a desempenhar o papel de grupos de apoio. A partilha de experiências ajuda os pais a enfrentarem os desafios e a completarem o seu livro da memória.

Já são realizadas formações de reciclagem para permitir que os beneficiários e facilitadores partilhem experiências e encontrem formas de enfrentar os desafios. Foi reconhecido que, devido ao aumento do número de órfãos, os encarregados de educação e prestadores de cuidados precisavam de estar envolvidos no projecto, de modo que os órfãos fossem apoiados e pudessem igualmente tirar proveito do projecto da memória. Os líderes comunitários estão igualmente envolvidos e sensibilizados para permitir que apoiem a implementação do projecto.

O conceito bem sucedido de trabalho da memória, elaborado em Uganda pela

NACWOLA, foi pedido emprestado e adaptado em vários países em África. Dentro do quadro do Projecto Internacional da Memória que foi iniciado pela Healthlink Worldwide, o trabalho da memória foi igualmente introduzido na Etiópia, na Tanzânia e no Zimbábwè, e alargado ainda mais em Uganda e no Quênia. A NACWOLA desempenha um papel importante neste projecto. Está em andamento uma avaliação de meio-termo do Projecto Internacional da Memória, inclusive da componente ugandesa. Esperam-se os resultados até finais de 2006. ■

No próximo número da revista Intercâmbio, um exemplo será tirado da Tanzânia para ver a forma como as organizações estão a adaptar o trabalho da memória aos seus próprios contextos.

Nicola Ward

Gestora de Programas para África, Healthlink Worldwide, Reino Unido

Jacqueline Nabwire, Jacinta Magero & Annet Biryetega

Membro do Conselho, Membro & Coordenadora Nacional, NACWOLA, Uganda

Correspondence:

Nicola Ward

Healthlink Worldwide, 56-64 Leonard Street, London EC2A 4JX, United Kingdom

Tel: +44 20 7549 0273

Fax: +44 20 7549 0241

E-mail: ward.n@healthlink.org.uk

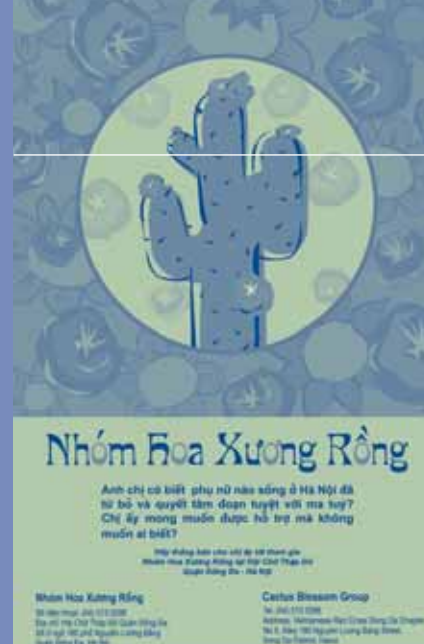
Web: www.healthlink.org.uk/projects/hiv/imp.html and www.nacwola.com

1. Veja-se por exemplo, J. Nabwire, *Sexual Health Exchange* No. 1, 2000 (www.kit.nl/ils/exchange_content/html/2000_1_uganda_memory_project.asp, e A. Biryetega, *MMS Bulletin*, No. 97, 2005 (www.medicusmundi.ch/mms/services/bulletin/bulletin200503/kap03/07biryetega.html)
2. *Starting to do memory work: A guide to the stages of implementation (draft)*. N. Ward, Healthlink Worldwide, 2005: www.healthlink.org.uk/PDFs/imp_stages_draft.pdf
3. *The Memory Work Trainer's Manual. Supporting families affected by HIV and AIDS*. NACWOLA/Healthlink Worldwide, 2005 (144 p.): www.healthlink.org.uk/PDFs/imp_manual.pdf. Exemplos impressos estão disponíveis gratuitamente para as OBCs e a um preço de 20 GBP por exemplar para as organizações internacionais.
4. *Policy Brief: Building children's resilience in a supportive environment: Reflecting on opportunities for Memory Work in HIV responses*. Healthlink Worldwide, 2006 (4 p): www.healthlink.org.uk/PDFs/memory_policy.pdf

Reintegração dos residentes de campos de reabilitação no Norte de Vietname

As primeiras lições aprendidas pelo grupo Flor de Cacto

Pauline Oosterhoff & Nguyen Thi Hien



Milhares de toxicodependentes e trabalhadores do sexo vietnamitas, muitos dos quais estão igualmente infectados pelo HIV, estão encarcerados à força em centros de reabilitação. A reabilitação forçada dos toxicodependentes e dos trabalhadores do sexo não tem tido êxito neste país, porque a maioria dos residentes postos em liberdade, reincide dentro de dezoito meses. Portanto, isto exige uma nova abordagem em resposta à situação difícil dos toxicodependentes e dos trabalhadores do sexo, na altura da sua soltura da encarceração. Juntamente com as autoridades e com um grupo de residentes regressados de sexo feminino, o *Medical Committee Netherlands-Vietnam* ('Comité Médico Países Baixos-Vietname' – MCNV), fez uma experiência piloto com um programa de reintegração baseado na comunidade para as mulheres em Hanoi: o grupo Flor de Cacto.

O uso de drogas intravenosas tem sido o factor principal por detrás da propagação do HIV em Vietname. As taxas mais elevadas de seropositividade (até 80%), encontram-se entre os utilizadores de drogas intravenosas nas grandes cidades, inclusive em Hanoi. A maioria destes, são homens. A taxa global em 2005 entre as trabalhadoras do sexo, foi de 6.5%. Contudo, muitas trabalhadoras do sexo também injectam drogas. Cinco centros de reabilitação em Ba Vi, a 70 km de Hanoi, albergam aproximadamente mais de 7000 antigos utilizadores de drogas intravenosas e trabalhadoras do sexo, dos quais 700 são mulheres. Pretende-se que estes campos de reabilitação ajudem as pessoas a reduzirem a sua dependência das drogas, e lhes ofereçam habilidades profissionais para ganhar a vida. Todos os campos contam com residentes voluntários e involuntários. O estado paga pelos residentes involuntários, enquanto que os voluntários nos campos são sustentados pelas suas famílias. 'Voluntário' não significa necessariamente que o indivíduo se tenha oferecido voluntariamente; pode significar que a família o/a tenha 'oferecido voluntariamente' e que a mesma pague o tempo passado pelo familiar no campo. Portanto, os voluntários

nem sempre podem sair quando queiram, mas antes, quando as suas famílias desejem que saiam. Cerca de 30% dos que estão nos campos, acusam seropositivos na altura da sua inscrição.

Os residentes de regresso em Hanoi recebem um apoio obrigatório do estado ao reintegrarem as suas comunidades, de forma a permitir que não voltem a tomar drogas, através dos chamados clubes B93. Os clubes visam os IDUs (utilizadores de drogas intravenosas) de sexo masculino, sendo o seu propósito de proporcionar um foro a nível da comunidade para o apoio moral, para reduzir-se o sentido de isolamento que faz com que os antigos toxicodependentes reincidam no antigo hábito de tomada de drogas. Apenas Hanoi, no norte do país, conta com tais clubes. Outras províncias carecem de mecanismos estatais para apoiar os seus antigos residentes através de tais dispositivos.

Não é fácil seguir a pista dos antigos residentes de sexo feminino e recrutá-las para os clubes B93, porque muitas delas desaparecem quase imediatamente após a sua soltura. As suas famílias e comunidades

rejeitam-nas por causa do estigma atribuído ao trabalho de sexo, às drogas e possivelmente à seropositividade. Igualmente, algumas famílias preferem manter as suas filhas em casa, receando a sua probabilidade de reincidir ao encontrarem outros (antigos) utilizadores nos clubes B93. Algumas famílias até optam por levar as suas filhas para uma outra província. Os homens, sobretudo os filhos mais velhos, regressam sem dificuldade para as suas famílias. E como é sempre o caso, o estigma associado ao HIV é mais forte entre as mulheres do que entre os homens.

Da reabilitação obrigatória para a voluntária

Em Julho de 2005, o *Medical Committee Netherlands-Vietnam* (MCNV) e um grupo de agências estatais e pára-estatais, iniciaram um grupo de apoio para antigos IDUs de sexo feminino, chamado de 'Flor de Cacto', junto da Cruz Vermelha em Dong Da, em Hanoi. Ao contrário dos grupos B93, nos quais a adesão como membro é obrigatória, a adesão ao grupo de apoio Flor de Cacto é voluntária. O programa optou por focalizar os residentes de sexo feminino, pelo facto deste grupo ser considerado pelas autoridades o mais difícil de se atingir, devido a iniquidades em termos do género e ao estigma dentro e fora dos campos.

O destaque do projecto está em melhorar o acesso aos serviços sociais e de saúde existentes, e a qualidade dos mesmos. As mulheres elegem membros centrais, que trabalham em campos específicos tais como a saúde, a geração de rendimentos ou o apoio social; a apresentação dos resultados do seu trabalho e dos seus planos, faz parte do processo eleitoral. Através do grupo, membros

Licções aprendidas

- As mulheres que não conseguem contar com as suas famílias, encontram dificuldade em sair-se bem, devido a uma falta de estruturas de apoio comunitárias e estatais. Quando as famílias dão-se conta de que as suas filhas pretendem ficar com elas, apoiam os seus planos, aumentando desta forma as probabilidades de sucesso das suas filhas.
- Muitas mulheres têm irmãos, namorados ou amigos de sexo masculino que estavam a tomar drogas juntamente com elas e que ainda eventualmente estão a fazê-lo. Caso os parceiros masculinos não recebam o mesmo apoio, será difícil para as mulheres, continuarem sozinhas.
- Uma abordagem voluntária que envolve os pares e famílias e que focaliza o acesso aos serviços, é mais bem sucedida em atingir os antigos residentes de sexo feminino, do que os programas obrigatórios que focalizam o controlo do crime.

individuais adquirem acesso a uma gama de serviços que inclui a terapia anti-retroviral, créditos e formações profissionais proporcionadas pelas autoridades estatais em colaboração com a União das Mulheres, a Cruz Vermelha e um grupo de hospitais. Este grupo multi-sectorial recebe um feedback sobre os seus serviços, a partir dos membros centrais do grupo Flor de Cacto. Representantes destas agências também visitam o grupo para discutir as suas experiências. O Departamento de Males Sociais em Hanoi, a autoridade responsável pelos clubes B93, tem sido uma contraparte activa neste projecto. Ele facilita visitas dos membros centrais aos campos de reabilitação, para informar potenciais membros e partilhar a sua experiência em trabalhar com os toxicodependentes em recuperação. De forma a capacitar o grupo inteiro, os líderes participam em cursos sobre a gestão de escritórios, liderança e facilitação, língua inglesa e elaboração de propostas. Os funcionários públicos seguem os mesmos cursos como os membros centrais, e às vezes ficam surpreendidos ao saberem que os toxicodependentes em recuperação são tão instruídos quanto eles.

Ajudar-se umas às outras

Um dos pressupostos do programa, era de que as mulheres que tenham estado dentro dos campos, compreendem as necessidades

umas das outras e querem ajudar-se umas às outras, mesmo no caso dos seus antecedentes pessoais serem heterogéneos. Um segundo pressuposto, é que as suas famílias estão isoladas e precisam de apoio. E em terceiro lugar, que o apoio tem que basear-se no consentimento; podem ser ajudadas apenas as pessoas que pretendem ter ajuda. Parece que estes princípios funcionam. O grupo é diverso e conta com membros seropositivos e seronegativos, mulheres grávidas, mulheres com e sem filhos, e mulheres com e sem parceiros masculinos. A partir de duas mulheres, a base de membros cresceu para trinta e cinco, das quais metade é vista semanal ou quinzenalmente, estando ou inteiramente 'limpas', ou conseguindo gerir a sua toxico-dependência. Todas as mulheres são apoiadas no sentido de evitar a transmissão de mãe para filho, enquanto que aquelas que precisam de anti-retrovirais (ARV) conseguem ter acesso aos mesmos.

A linguagem directa, e o atrevimento em termos de estilos de moda e de maneiras, manifestados durante a comunicação interpessoal no grupo Flor de Cacto, são desusuais para as mulheres vietnamitas comuns. Mas está claro que os membros podem oferecer um apoio conveniente pelos pares. Por exemplo, a nível da procura de emprego, os membros do grupo partilham anúncios de emprego e aconselham-se umas às outras. Isto ajuda os membros a arranjam postos de trabalho que sejam realistas, como por exemplo a venda de bilhetes de piscina para o antigo tóxico-dependente com dentes tingidos, ou a venda de produtos de maquilhagem para a glamorosa antiga trabalhadora do sexo. Algumas mulheres tomam empréstimos em conjunto ou partilham recursos, como por exemplo as máquinas de costura. As famílias dos membros do grupo são mais compreensivas e apoiantes das mesmas. Quando as famílias dão-se conta de que as suas filhas pretendem ficar com elas, apoiam os seus planos, aumentando desta forma as probabilidades de sucesso das suas filhas. Quando um membro que desistiu da escola por causa do uso de drogas, recebeu uma carta de convite do projecto para um curso de formação em gestão, a sua família inteira ficou tão contente que a sua mãe telefonou para o seu marido, pedindo para que voltasse dos subúrbios distantes para partilhar a emoção.

As autoridades adquirem confiança e experiência no trabalho com este grupo. O diálogo entre as famílias, autoridades e membros, iniciado pelo projecto, esclareceu que as restrições impostas pelas famílias sobre os movimentos das suas filhas, surgiram de boas intenções mas eram ineficazes. As autoridades ouviram directamente das famílias que a falta de serviços, o receio da reincidência e o desejo de ficar no anonimato, estavam por detrás da falta de apoio aos programas B93. Este ano, na base dos resultados deste projecto, o Departamento do Trabalho, Diminuídos Físicos e Acção Social, vai avaliar os pontos fortes e pontos fracos das abordagens tanto do sistema voluntário MCNV, como do B93 apoiado pelo estado, de modo a adaptar a sua estratégia de reabilitação comunitária.

Alguns desafios

A ausência dum programa abrangente a nível nacional, de redução dos danos, sobretudo de medicamentos substitutos, constitui um desafio principal. A metadona ficou legalmente disponível em 2006, mas ainda não é acessível em Hanoi.¹ Embora o grupo de apoio concorde em que o seu objectivo final é de permitir que os membros continuem isentos das drogas, efectivamente verificam-se reincidências. As reincidências têm consequências sociais e médicas imediatas. Os membros que continuam isentos das drogas e cuja saúde seja suficientemente boa para arrancar com os ARVs, mantêm-se bem. Mas os membros que recaem, estão igualmente em perigo de não conseguir cumprir com as suas receitas de ARV. Um membro recebeu ARVs mas recaiu, começou a roubar e depois de umas poucas semanas como trabalhadora do sexo na rua perto da residência da família, foi 'oferecida voluntariamente' pela sua família de volta para o campo. Os ARVs não estão disponíveis no campo, e portanto, é extremamente improvável que ela sobreviva a sua pena de dois anos.

As mulheres que não conseguem contar com as suas famílias, encontram dificuldade em sair-se bem, devido a uma falta de estruturas de apoio comunitárias e estatais. Portanto, a reintegração nas suas famílias torna-se difícil. O trabalho de sexo, ao contrário, paga o suficiente para que aquelas que estão no ofício aluguem um quarto em conjunto com (antigas) colegas, sendo

Recursos

sobre as mulheres que vivem com o HIV

ICW News

Boletim da Comunidade Internacional de Mulheres que vivem com o HIV/SIDA (ICW)

O ICW News tem vindo a ser produzido numa base trimestral desde 1996. Tem-se verificado ser uma ferramenta importante na redução do isolamento das mulheres seropositivas.

Actualmente ele é distribuído para mais de 5.000 membros da ICW e para outras organizações envolvidas no trabalho sobre o HIV/SIDA. Está disponível igualmente pela Internet, em inglês, francês e espanhol.

www.icw.org/publications



WomenLead in the Fight Against AIDS

CEDPA, 2006 (36 p.)

Em 2005 o CEDPA organizou um workshop intitulado 'WomenLead in the Fight Against AIDS' ('As mulheres na dianteira da luta contra o SIDA'), em Washington DC. Foi editada pelo CEDPA uma colectânea de histórias de doze

líderes femininos que assistiram a tal encontro, para ajudar a entender a forma como a pandemia afecta as vidas das mulheres e das suas famílias, e o caminho para a frente.

www.cedpa.org/files/871_file_WomenLead_in_the_Fight_Against_AIDS_CEDPA.pdf

Meeting the reproductive health needs of HIV-positive women: Using evidence to advocate for change

Target of Opportunity Final Report

POLICY Project, 2006

Esta ferramenta de advocacia foi projectada e implementada pelo projecto de pacote central da Sikanyekanye da Suazilândia, em parceria com a ICW na África do Sul e na Suazilândia. A ferramenta visa desenvolver a capacidade das mulheres seropositivas de efectuarem uma sensibilização acerca das suas necessidades em saúde reprodutiva, pela criação e implementação de planos de advocacia para reduzir as barreiras a nível das políticas e operacionais, aos níveis de instalação, da comunidade e da nação. Outro objectivo, era de sintetizar e facilitar a partilha de ferramentas e das lições aprendidas entre países que se esforçam por satisfazer as necessidades em saúde reprodutiva das mulheres seropositivas.

www.policyproject.com/pubs/corepackages/TOO RH Swaziland and South Africa.pdf

muitas destas toxicodependentes activas. Dadas as dificuldades em ter-se acesso à habitação barata na ausência dum apoio familiar, e a importância cultural da família em Vietname, não é de surpreender que as mulheres mais bem sucedidas, são aquelas que contam com o apoio da família. Um apoio insuficiente para os toxicodependentes de sexo masculino e residentes regressados de sexo masculino, constitui outro assunto chave. Muitas mulheres têm irmãos, namorados ou amigos de sexo masculino que estavam a tomar drogas juntamente com elas e que ainda eventualmente estão a fazê-lo. Caso os parceiros masculinos não recebam o mesmo apoio, será difícil para as mulheres, continuarem sozinhas. O suicídio, a overdose ou prisões dum parceiro de sexo masculino, todos eles fizeram com que mulheres que estavam resolutas em desistir, recaissem.

O programa piloto iniciou apenas em Julho de 2005, e dado o facto de que a reabilitação das drogas constitui um processo demorado, é prudente evitar conclusões precipitadas. Contudo, parece ser possível desenvolver relacionamentos com antigos residentes dos campos de reabilitação, de sexo feminino, na base da sua própria livre vontade e com uso das estruturas estatais existentes. Uma abordagem voluntária que envolve os pares e famílias e que focaliza o acesso aos serviços, é mais bem sucedida em atingir os antigos residentes de sexo feminino, do que os programas obrigatórios que focalizam o controlo do crime. ■

Pauline Oosterhoff & Nguyen Thi Hien

Assessora Sénior para a Saúde & Oficial de Projecto, Medical Committee Netherlands-Vietnam (MCNV)

Correspondência:

1A B5 Nam Thanh Cong, Lang Ha Dong Da, Hanoi, Vietnam

E-mail: pauline_oosterhoff@yahoo.com / nguyenhien_hn@yahoo.com

Web: www.mcnv.nl/english/medicalcommittee2.html

1. A metadona é um medicamento rigorosamente bem testado, que é seguro e eficaz para o tratamento da abstinência de drogas e a dependência das mesmas.



A introdução do tratamento do HIV em duas clínicas de saúde sexual e reprodutiva na República Dominicana

A experiência da PROFAMILIA

Magaly Caram, Jane Galvão & Jessica Halverson

Hoje em dia, as doenças relacionadas com o SIDA constituem a principal causa de morte entre as mulheres de idade reprodutiva na República Dominicana, mas mesmo assim, o sistema de saúde pública não tem condições para fornecer a terapia anti-retroviral (TAR) numa escala mais ampla. Segundo a ONUSIDA, apenas 10% de dominicanos que precisavam da TAR em 2005, efectivamente a receberam. Esta situação levou a muitas mortes, ficando o problema ainda mais agravado por uma pobreza difundida, iniquidades em termos do género, e estigma e a discriminação em torno do HIV/SIDA. A PROFAMILIA, uma ONG que tem vindo a proporcionar serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSR) durante quase quarenta anos no país, reconheceu a necessidade do tratamento e cuidados para o HIV, tanto na comunidade geral bem como entre os seus clientes, e começou a abordar a questão.

A integração do HIV dentro dos serviços de SSR não foi novidade para a PROFAMILIA; nos anos noventa, a organização tinha incorporado o aconselhamento e testagem voluntária para o HIV no seu espectro de serviços, e igualmente foi anfitriã para um grupo de apoio dirigido pelos clientes, para pessoas que vivem com o HIV e o SIDA (PVHS). Mas a introdução de anti-retrovirais apresentou um desafio mais complicado e desalentador, para não falar de certas preocupações éticas acerca da sustentabilidade a longo prazo da provisão da TAR.

Apesar disso, a PROFAMILIA estava disposta a enfrentar os desafios. Ela integrou a Models of Care Global Initiative (“Iniciativa Mundial de Modelos de Cuidados”) promovida pela Federação Internacional de Planificação da Família (IPPF), da qual a PROFAMILIA é uma associação membro, e elaborou um projecto de um ano para iniciar este processo em duas das suas clínicas, nas cidades de Santo Domingo e de Santiago. O projecto iniciou em meados de 2004 e terminou em meados de 2005, tendo sido apoiado pela GTZ, a agência alemã para a cooperação técnica. Após a conclusão do projecto, todos os serviços prosseguiram, inclusive a provisão da TAR, e agora a PROFAMILIA tenciona sustê-los.

Abordagem multi-disciplinar

A primeira lição fundamental para a integração do tratamento do HIV encontra-se nas parcerias. O pessoal da

Columbia University em Nova Iorque, forma os médicos/as e enfermeiros/as da PROFAMILIA no tratamento do HIV e das infecções oportunistas. A Fundação Clinton ajuda a organização a adquirir medicamentos anti-retrovirais a partir do estrangeiro, inclusive negociando preços razoáveis. A IPPF/Sede e seu Escritório Regional para o Hemisfério Ocidental (IPPF/WHR), proporcionam apoio programático e a nível de avaliação. A PROFAMILIA colabora igualmente com uma rede local de pessoas seropositivas, a qual realiza reuniões em uma das clínicas. Durante a implementação do projecto, foi formada uma equipa modelo de cuidados, cujos três membros chave (um médico/especialista em doenças internas, um aconselhador/educador, e um enfermeiro licenciado) receberam formação ampla nos cuidados do HIV/SIDA e em sensibilização sobre questões enfrentadas por pessoas seropositivas. Esta equipa multi-disciplinar trabalha no sentido de proporcionar cuidados e tratamento clínicos, e garantir o cumprimento da TAR. Ela também oferece apoio emocional, educação familiar e do parceiro, e aconselhamento sobre o sexo mais seguro.

As actividades do projecto foram integradas nos serviços e no fluxo de clientes existentes. Os clientes que assistem às clínicas para os serviços de HIV/SIDA, seguem os mesmos procedimentos de admissão como todos os outros clientes; assinando na recepção e escolhendo em confiança os serviços de que precisam. O aconselhamento

Lições aprendidas

- A integração bem sucedida do tratamento do HIV nos serviços existentes de saúde sexual e reprodutiva, exige uma abordagem multi-disciplinar: a combinação da provisão de cuidados clínicos com o apoio ao cumprimento, o apoio emocional, educação da família e do parceiro, e aconselhamento para o sexo mais seguro.
- A confidencialidade dos clientes pode ser promovida e o estigma prevenido pela integração dos serviços de HIV nos serviços e no fluxo de clientes existentes; pelo encorajamento para que os clientes seropositivos sigam os mesmos procedimentos de admissão como todos os outros clientes, e pela oferta de aconselhamento relacionado com o HIV/SIDA, na mesma área como outros tipos de aconselhamento.
- Pelo facto das clínicas de saúde sexual e reprodutiva estarem já a atingir pessoas sexualmente activas (sobretudo as mulheres), elas constituem uma via ideal para oferecer-se o aconselhamento e testagem voluntária, e em seguida para dar continuidade aos cuidados ao cliente, para aqueles cujo teste acusar positivo para o HIV.
- A sensibilização do pessoal, através do aumento da consciência acerca dos mitos e preconceitos em volta do HIV e do SIDA, é decisiva para obter-se o apoio do pessoal a todos os níveis.

sobre o HIV/SIDA acontece na mesma área dos outros tipos de aconselhamento, assim protegendo ainda mais a confidencialidade dos clientes ao longo do processo. *“Eu sinto-me como qualquer outra pessoa na sala de espera. Sentamos-nos nos mesmos assentos e partilhamos a mesma sala como todos os outros, e portanto, não me sinto identificado como diferente. Ninguém sabe na sala de espera que sou seropositivo”*, disse um cliente.

A PROFAMILIA realiza actividades de monitoria e avaliação ao longo da implementação do projecto. O pessoal da IPPF/WHR e da Columbia University, realiza igualmente visitas no local e tem um contacto frequente com os administradores do projecto, para oferecer apoio à avaliação e ajudar a facilitar os ajustamentos conforme a necessidade.

Sucessos chave

Durante o período do projecto de 2004 a 2005, a PROFAMILIA começou a receber anti-retrovirais do Ministério da Saúde dominicano, assim como um apoio para outros custos, que incluem as análises de laboratório, vitaminas, tratamento de infecções oportunistas, internamento no hospital, raios-x e sonogramas. Portanto, a organização podia oferecer aos clientes um pacote abrangente de cuidados do HIV, a custo zero – uma realização importante, dado o acesso limitado e a desigualdade económica pelo país. Devido ao facto das clínicas estarem já a atingir indivíduos sexualmente activos

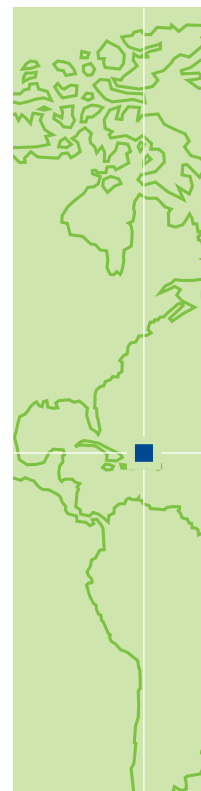
(sobretudo as mulheres), elas constituíram uma via ideal para oferecer-se o aconselhamento e testagem voluntária, e em seguida continuar os cuidados ao cliente com aqueles cujos testes fossem positivos para o HIV.

Os administradores do projecto escolhem clientes para o programa de TAR, através de um de três critérios: (1) membros activos do grupo de apoio; (2) clientes seropositivos que não estejam envolvidos no grupo de apoio; e (3) clientes na fase crítica, encaminhados a partir de outras clínicas da PROFAMILIA. Os clientes que são elegíveis para a TAR em termos clínicos, recebem aconselhamento sobre porque é que devem considerar o tratamento, incluindo a forma como os anti-retrovirais funcionam com o sistema imunológico e a importância do cumprimento.

Antes de iniciar o tratamento, os clientes tomam vitaminas durante um período de quatro semanas, de forma a estabelecer os seus hábitos de tomarem comprimidos duas vezes por dia, e igualmente, para reforçar os seus sistemas imunológicos. Depois de um cliente ser colocado na TAR, ele ou ela volta para a clínica semanalmente para aconselhamento e para reabastecer os medicamentos. Isto permite que o enfermeiro mantenha um contacto de perto com o cliente durante a fase inicial do tratamento, para determinar se ele ou ela está a experimentar quaisquer efeitos secundários dos medicamentos, e para responder a quaisquer dúvidas ou problemas.

Os clientes até recebem os números de telefone da casa do pessoal da PROFAMILIA, no caso deles terem problemas fora das horas de expediente. Uma vez estáveis na TAR, os clientes reúnem-se mensalmente com o enfermeiro e são vistos pelo especialista em doenças internas de três em três meses, ou conforme a necessidade. A força dos relacionamentos que se desenvolvem entre os clientes e o pessoal, considera-se um factor chave no sucesso do programa.

Até ao fim do período do projecto de um ano de duração (em meados de 2005), a PROFAMILIA estava a proporcionar tratamento e cuidados para HIV para mais de 165 clientes, 67 dos quais estavam a receber TAR. A maioria destes clientes tratava-se de mulheres, e quase um quarto eram jovens. O projecto resultou em bons níveis de cumprimento – a monitoria e avaliação revelaram que 95% dos clientes estavam a permanecer na TAR. Este sucesso, segundo diz a equipa, é atribuível à sua abordagem multi-disciplinar, e em particular aos serviços aprofundados de aconselhamento e educacionais. A sensibilização foi outro elemento chave do sucesso do programa. Elevar a consciência acerca dos mitos e preconceitos em volta do HIV/SIDA, foi decisivo para obter o apoio do pessoal a todos os níveis. Além disso, a formação individualizada do pessoal de HIV ajudou a criar uma equipa extremamente





competente e um ambiente acolhedor, livre de estigma e sem feitura de juízos. Além de mais, ao integrarem os clientes seropositivos em vez de segregá-los, as clínicas ajudaram a proteger a confidencialidade dos clientes e reduziram o estigma.

Desafios

Subsidiar o tratamento e cuidados do HIV é chave em fazer com que os clientes iniciem e mantenham a TAR, sobretudo visto que a maior parte dos clientes provém de comunidades empobrecidas. Contudo, isto coloca um desafio programático e financeiro importante. A sustentabilidade duma tal iniciativa é incerta, e a continuação do serviço exige que a PROFAMILIA e os seus parceiros, inclusive o Ministério da Saúde dominicano, procurem permanentemente, métodos alternativos de subsidiar os medicamentos.

Outro problema que é necessário que seja solucionado, é a discriminação permanente contra as PVHS nos hospitais públicos na República Dominicana. Os clientes da PROFAMILIA com infecções oportunistas que requeiram internamento num hospital, têm sido encaminhados para as poucas clínicas e hospitais públicos que oferecem serviços médicos para as PVHS, e rejeitados pelos mesmos. Inicialmente, o programa de Santiago cobria o internamento para os clientes seropositivos, mas ele constatou que o custo era excessivo. Os clientes em ambas as clínicas consideram os custos de internamento como uma das suas maiores preocupações, bem como o tratamento desumano que as pessoas seropositivas recebem nos hospitais públicos.

Outro desafio que a PROFAMILIA enfrenta, é que o projecto é exigente em termos da sua necessidade de mão-de-obra e das horas que é necessário que o pessoal trabalhe. Contudo, a PROFAMILIA enquanto instituição, está comprometida para com a garantia de que o tratamento e cuidados em relação ao HIV sejam sustidos nas suas instalações. No início do programa, 41% do pessoal da clínica de Santiago não tinha recebido nenhuma formação em HIV e SIDA, havia mais de três anos. Portanto, a organização tinha que investir fortemente na formação permanente, bem como em questões tais como os direitos do cliente a serviços confidenciais, os direitos dos

trabalhadores e o HIV, as práticas sexuais, e os direitos das mulheres grávidas e o HIV. Dr. Isaac Brito, especialista em doenças internas na Clínica Rosa Cisneros em Santiago, disse: *“A formação constante de quadros é de importância crítica, porque sempre se verificam novos acontecimentos no que diz respeito ao HIV/SIDA. É importante que a equipa se mantenha actualizada sobre tais acontecimentos.”*

Um factor imprevisto, foi a diferença na composição dos clientes entre as duas clínicas. O programa foi implementado pela primeira vez em Santo Domingo, e em seguida alargado para Santiago. Uma vez que os clientes de Santiago eram significativamente mais novos, apresentou-se inesperadamente aos provedores a necessidade de serviços de prevenção de transmissão vertical para as mulheres jovens e grávidas que estavam a viver com o HIV, ao passo que este cenário não se tinha apresentado no primeiro grupo de clientes em Santo Domingo. Isto exigiu uma resposta rápida a partir dos profissionais médicos supervisores na Columbia University, os quais deram um aconselhamento e supervisão imediatos na determinação dum regime de tratamento para estas mulheres.

O pessoal da PROFAMILIA tem demonstrado uma dedicação impressionante aos seus clientes seropositivos. Boa parte da hesitação inicial acerca da integração destes serviços, diminuiu quando o pessoal se deu conta do impacto dramático que tinha. Ana Gloria, um dos educadores, observou como se segue: *“A PROFAMILIA compensou em um ano e meio, a impotência de toda a década passada. Estamos a salvar vidas.”* Finalmente, a abordagem integrada, multi-disciplinar aos cuidados e tratamento do HIV, tornou-se um modelo eficaz que será reproduzido na República Dominicana através do Plano Estratégico Nacional para o HIV/SIDA. ■

Magaly Caram

Directora Executiva da PROFAMILIA
República Dominicana

Jane Galvão & Jessica Halverson

Oficial Sénior de Programas & Coordenadora do Programa HIV/SIDA/ITS, da IPPF/Escritório Regional do Hemisfério Ocidental (WHR)

Correspondência:

Jessica Halverson, IPPF/Western Hemisphere Region
120 Wall St., 9th floor, New York, NY 10005, USA

Tel: +1 212 2486400

E-mail: jhalverson@ippfwhr.org / hiv.info@ippfwhr.org

Web: www.ippfwhr.org/profiles/association_e.asp

AssociationID=7

→ Manuais & Directrizes

Diagnóstico Comunitário Participativo. Manual de ferramentas. Aliança Internacional contra o HIV/SIDA, 2006 (77 p.)

PDF: http://synkronweb.aidsalliance.org/graphics/secretariat/publications/MANUA_DCP_Portuguese2.pdf



Este manual é fruto das iniciativas em Diagnóstico Comunitário Participativo (DCP) da Aliança Internacional contra o HIV/SIDA e dos seus parceiros, testadas em várias formações sobre o assunto que tiveram lugar no México

com a participação de organizações locais e de outros países, como é o caso do Equador e do Brasil. Deste registo nasceu o desenho de um manual com exemplos práticos de aplicação das metodologias no seio de comunidades do México. A partir da contribuição das ONGs brasileiras e com base no material produzido no México, uma equipa brasileira elaborou o presente manual, contando com exemplos brasileiros e mexicanos. Iguamente disponível em espanhol.

Engaging communities in youth reproductive health and HIV projects. A guide to participatory assessments. Family Health International, 2006 (126 p.)

PDF: www.fhi.org/en/Youth/YouthNet/Publications/Ciresources/index.htm

Engaging communities ("Envolver as comunidades"), trata-se dum manual que examina a forma como realizar diagnósticos participativos com membros juvenis e comunitários, para o melhoramento da saúde reprodutiva e da



prevenção do HIV para os jovens. O Manual aproveita a experiência da YouthNet na Namíbia, Tanzânia e Etiópia, junto de projectos liderados por jovens.

Let's talk about voluntary HIV counselling and testing.

Aliança Internacional contra o HIV/SIDA, 2006 (84 p.)

PDF: <http://synkronweb.aidsalliance.org/sw37361.asp>

Este jogo de ferramentas foi projectado de modo a ajudar as ONGs, OBCs e outras organizações da sociedade civil a responderem ao HIV/SIDA nos países em vias de desenvolvimento, a aumentarem os seus conhecimentos e melhorarem a qualidade do seu trabalho sobre o aconselhamento e testagem voluntários para o HIV. Este recurso é destinado para uso por ONGs e formadores que apoiem tais grupos, e foi projectado para ser utilizado de forma flexível, ou em workshops de capacitação, ou durante as visitas de apoio técnico. Disponível em inglês e espanhol.

Keeping the promise: An Agenda for Action on women and AIDS. ONUSIDA, 2006 (32 p.)

PDF: www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/597_filename_keeping-the-promise.pdf



A Coligação Mundial sobre as Mulheres e o SIDA (GCWA) está a apelar por um aumento maciço de escala das respostas ao SIDA para as mulheres e as raparigas. Esta Agenda identifica três áreas importantes para a acção colectiva: (1) garantir os direitos das mulheres; (2) investir mais dinheiro em programas de SIDA que funcionem para as mulheres; e (3) alocar mais "lugares em volta da mesa" para as mulheres.

→ Relatórios & Análises de pesquisas

Girl Power. The impact of girls' education on HIV and sexual behaviour. ActionAid International, 2006 (45 p.)

PDF: www.actionaid.org/wps/content/documents/GIRL_POWER_ENGLISH_FINAL_792006_152655.pdf

A *Girl Power* ("Poder das raparigas") faz o resumo dos resultados a partir duma apreciação sistemática de mais de 600 artigos com arbitragem científica sobre o impacto da escolarização das raparigas no comportamento sexual e no HIV na África sub-saariana. O exame demonstra que, à medida que a epidemia tem vindo a evoluir, mudou igualmente o relacionamento entre a escolarização das raparigas e o HIV. Agora, as mulheres com mais formação estão em melhores condições de negociar o sexo mais seguro e reduzir as taxas de HIV. A *Girl Power* examina igualmente a feminização da epidemia que está subjacente.



More than words? Action for orphans and vulnerable children in Africa. Visão Mundial Reino Unido, 2005 (67 p.)

PDF: www.crin.org/docs/resources/publications/hrbap/More_than_words_UNGASS.pdf

More than words? ("Mais do que meras palavras?") trata-se duma investigação qualitativa, de até que ponto os direitos e necessidades dos órfãos e crianças vulneráveis estão a ser satisfeitos em quatro dos países mais afectados da África sub-saariana. Com base em inquéritos e debates em grupo focal com crianças, pais, prestadores de cuidados e oficiais, na Etiópia, Moçambique, Uganda e Zâmbia, este relatório oferece uma percepção perspicaz sobre até que ponto os compromissos estão a ser cumpridos e, fornece recomendações práticas para a acção a nível tanto nacional como internacional.

→ CD-ROMs & Outros recursos

CD-ROM das publicações da Aliança Internacional contra o HIV/SIDA, 2006

Encomendar (grátis): www.aidsalliance.org/sw10249.asp; publications@aidalliance.org

Este CD-ROM contém mais de 200 publicações e recursos produzidos pela Aliança Internacional contra o HIV/SIDA e pelos seus parceiros em forma de PDFs,

incluindo relatórios e estudos, publicações de apoio técnico, relatórios e prestações informativas ("briefings") a nível das políticas; e informação acerca do trabalho da Aliança. Este CD-ROM permite que você escolha e veja as publicações em dez línguas, que incluem inglês, francês, espanhol e português. Com uso do CD-ROM, você pode igualmente encomendar exemplares em forma impressa das publicações da Aliança.

Zero tolerance: Stop the violence against women and children. Aliança Mundial contra o SIDA, 2006 (48 p.)

PDF: www.globalaidsalliance.org/docs/Zero_Tolerance_Advocacy_Brief.pdf

Encomendar o documento impresso:

lschechtman@globalaidsalliance.org (Lisa Schechtman)

Esta síntese para efeitos de advocacia, descreve um quadro para uma resposta exaustiva à violência contra as mulheres e crianças, inclusive os recursos que seriam necessários, quer políticos como financeiros, para a sua plena implementação.

Intercâmbio

sobre HIV/SIDA, sexualidade e género

é uma co-produção do Royal Tropical Institute (KIT) e Oxfam Internacional, em colaboração com SAFAIDS (Serviço de Disseminação da Informação sobre HIV e SIDA na África Austral) no Zimbabwe. Teve assistência financeira do Ministério dos Negócios Estrangeiros da Holanda e Oxfam Novib.

As subscrições para a edição impressa custam 30 euros por ano (4 edições); as subscrições para a edição virtual são gratuitas. A Intercâmbio está também disponível em inglês (Exchange on HIV/AIDS, sexuality and gender) e francês (Échange sur le VIH/SIDA, la sexualité et le genre). As cobranças poderão ser dispensadas para as ONGs a nível local e nacional, serviços de cuidados sanitários e bibliotecas em países com constrangimentos de recursos mas poderá haver uma lista de espera. Ver a nossa página da Internet para informação sobre as subscrições.

Os artigos poderão ser reproduzidos gratuitamente mediante o reconhecimento da fonte e o envio dos recortes para o nosso endereço de contacto. Convidamos explicitamente aos leitores dos países de expressão portuguesa a enviar-nos artigos ou outras contribuições em português.

Directora: Nel van Beelen (KIT)

Redactores: Nel van Beelen (KIT), Lincie Kusters (Oxfam Novib) & Vivienne Kernohan (SAFAIDS)

Assessores Editoriais: Mabel Bianco (FEIM, Argentina), Jacques du Guerny (França), Lee-Nah Hsu (EUA) & Helen Jackson (UNFPA, Zimbabwe)

Secretariado e apoio administrativo: Dorothy Timmerman & Ewa Cudowska (KIT)

Edição: Tendayi Kureya, Zimbabwe

Tradução: Ken Hansen, Moçambique

Maqueta: Fontline, Zimbabwe

Fotos p. 1: ICW & Annelies van Brink

Impressão: Drukkerij MacDonald/ISSN, Holanda
ISSN: 1871-7551

Intercâmbio/Exchange

Royal Tropical Institute, Information & Library Services
PO Box 95001, 1090 HA Amsterdam, Holanda
e-mail: exchange@kit.nl

web: www.exchange-magazine.info/po

SAFAIDS



Oxfam
International

Royal Tropical Institute

Todos os recursos estão disponíveis na nossa página web: www.exchange-magazine.info/po