

INTERCÂMBIO de Saúde Sexual



www.kit.nl/exchange

exchange@kit.nl

2002/1

- ❖ Editorial – 1
- ❖ Artigo Especial – 2
- ❖ Reportagem do Programa – 4
- ❖ Artigo Especial – 6
- ❖ Reportagem do Programa – 8
- ❖ Notas de Orientação – 11
- ❖ Reportagem do Programa – 13
- ❖ Reportagem do Programa – 15

Bem vindo à primeira edição em Português da revista de Intercâmbio de Saúde Sexual

Nigel Hall & Joost Hoppenbrouwer

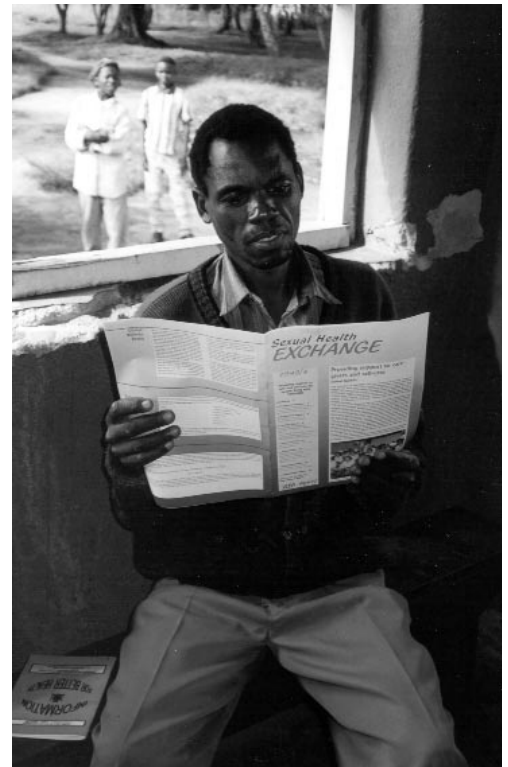
Depois de quase 15 anos de publicação da versão Inglesa da Revista de *Intercâmbio de Saúde Sexual* (que inicialmente chamava-se *Promoção de Troca de informação sobre SIDA e Saúde*) e um número incidental em Francês e Espanhol, sentimo-nos orgulhosos em publicar o nosso primeiro número na língua Portuguesa, o que demonstra o nosso compromisso de promover a troca de informação sobre assuntos relacionados com HIV/SIDA e saúde sexual reprodutiva entre o mundo lusofónico.

Como Serviços da África Austral de Disseminação de Informação Sobre SIDA (SAfAIDS, Zimbabwe) e o Instituto Real Tropical (KIT, Países Baixos) temos o prazer de anunciar que iremos publicar duas edições regulares por ano na versão Portuguesa daqui para diante. O objectivo chave da *Troca* é de partilhar informação e experiências sobre HIV/SIDA, programas de saúde sexual, pesquisas e políticas entre países e continentes. Enquanto que o nosso maior enfoque é nas organizações populares não governamentais e organizações baseadas na comunidade, também temos muitos leitores nos serviços do governo, agências das Nações Unidas, a comunidade de doadores e mesmo o sector de negócios.

Nesta primeira edição em Português enfocamos numa série de temas que já foram endereçados nas edições anteriores em Inglês:

- ❖ A influência do conflito e guerra na saúde sexual reprodutiva
- ❖ O acesso ao tratamento de HIV e doenças relacionadas ao SIDA
- ❖ A saúde sexual e o mundo do trabalho

Enquanto que todos os três temas são importantes, alguns são particularmente relevantes para os países de expressão Portuguesa na África Austral que têm – ou ainda estão a enfrentar – longos conflitos armados internos que têm um impacto enorme no estado de saúde – incluindo a saúde sexual reprodutiva – das suas populações.



"Depois de quase 15 anos de publicação da versão Inglesa da revista *Sexual Health Exchange*, estamos agora prontos a promover a troca de informação sobre HIV/SIDA e saúde sexual reprodutiva entre o mundo lusofónico."



SAfAIDS

O acesso ao tratamento abrangente de HIV/SIDA pode estar ainda muito longe de atingir para muitos países, mas os grupos de activistas tais como a Campanha Sul Africana de Tratamento – CSAT (TAC) foi definitivamente bem sucedida em colocar a questão de acesso ao tratamento na agenda da região, o que foi evidente com a decisão do governo Moçambicano de autorizar a importação e comercialização das drogas anti-retrovirais. Do outro lado do Oceano Atlântico, o lusofónico Brasil foi largamente reconhecido como um exemplo no resto do mundo para o acesso ao tratamento de HIV/SIDA a preços acessíveis.

Finalmente, a necessidade de dirigir os assuntos de saúde sexual reprodutiva numa perspectiva multi-sectorial, tem sido talvez demonstrada muito claramente devido ao problema corrente do HIV/SIDA. O "mundo do trabalho" – de companhias para as minas e a agricultura – está cada vez mais a reconhecer como sendo uma área crucial para dirigir com sucessos o problema do HIV/SIDA e outros problemas de saúde sexual relacionados.

Enquanto queremos continuar a incluir artigos dos países e regiões do mundo inteiro, gostaríamos futuramente de aumentar as contribuições dos Países de expressão Portuguesa. Deste modo, este é também um convite para todos vós para que compartilhem as vossas experiências com os outros no mundo lusofónico, em pesquisas de acção orientada, programa de actividades, políticas e advocacia. ❖

Nigel Hall & Joost Hoppenbrouwer, Editores Sexual Health Exchange; Correspondência: Sexual Health Exchange, c/o Royal Tropical Institute, P.O. Box 95001, 1090 HA Amsterdam, The Netherlands; Tel: +31-20-5688.428; Fax: +31-20-6654.423; e-mail: exchange@kit.nl; Web: www.kit.nl/exchange

Saúde sexual reprodutiva em situações de conflito

Wilma Doedens

Durante a Conferência Internacional sobre a população e desenvolvimento em 1994 pela primeira vez a comunidade internacional definiu a saúde reprodutiva não no contexto demográfico mas como um direito e um assunto de opção para todos os indivíduos. Nos anos que seguiram, outras conferências internacionais tais como a Quarta Conferência sobre a Mulher em 1995 reforçou este consenso. Os Governos concordaram que em situações de crise eles e o resto da comunidade internacional devem honrar todas as obrigações legais relevantes e devem cumprir os compromissos internacionais para proteger e promover os direitos dos refugiados e pessoas deslocadas, incluindo os direitos reprodutivos.

Os direitos humanos relevantes para a saúde reprodutiva incluem:

- ❖ o direito à vida e à saúde
- ❖ a liberdade de casar e determinar o número, escolha do momento, e espaço das crianças
- ❖ o direito de ter acesso à informação
- ❖ o direito de não ser discriminado e de igualdade entre o homem e a mulher
- ❖ o direito à liberdade e segurança da pessoa, incluindo a liberdade da violência sexual e coerção
- ❖ o direito à privacidade

Claro que os refugiados têm as mesmas necessidades de saúde reprodutiva como as pessoas que não estão afectadas com o deslocamento. Além do mais os factores que influenciam os movimentos involuntários das populações para além e dentro das fronteiras nacionais, torna-as extremamente vulneráveis incluindo a problemas de saúde reprodutiva. Isto aumenta as suas necessidades de cuidados preventivos e curativos incluindo serviços relacionados à maternidade sã, planeamento familiar, prevenção do aborto provocado e tratamento de abortos complicados, prevenção e tratamento do HIV/SIDA e outras infecções de transmissão sexual (ITS) prevenção e administração das consequências da violência sexual e educação sexual. As pessoas deslocadas deixaram forçosamente atrás o apoio dos valores tradicionais, o apoio das famílias alargadas, dos amigos e meios de vida familiar. Eles, muitas vezes têm perdido os seus amados, os seus bens, seus empregos e rendimentos, o seu estatuto social e mesmo a sua dignidade. Nestas situações a provisão adequada de serviços de saúde reprodutiva é sempre difícil.

Violência sexual e violência sexual baseada no género

Em qualquer estágio de um conflito a mulher, a rapariga adolescente e rapazes são vulneráveis à violência sexual. Enquanto que a violação e outras formas de agressão sexual violenta têm sido sempre usadas como armas de guerra, este problema parece estar a piorar. Muitas mulheres e raparigas são forçadas a ter sexo em troca de comida, abrigo e protecção. Os contraceptivos de emergência e outro apoio medicinal e psicológico são raramente disponíveis. A violência sexual tem efeitos desastrosos na saúde física e mental das pessoas, levando à gravidez indesejada abortos provocados e complicados, bebés abandonados, transmissão do HIV/ITS, disfunção sexual, rejeição pela família e comunidade e até suicídio. Os programas dirigidos à prevenção da violência sexual devem envolver a comunidade assim como a polícia e os militares.

ITS e HIV/SIDA

A pobreza, falta de poder e instabilidade social promovem a propagação de ambos, HIV e outras ITS. As populações podem ser forçadas a emigrar para as áreas com maior incidência de HIV/ITS. Um influxo de forças armadas ou as forças que mantêm a Paz constituídas por homens jovens activos sexualmente também pode levar ao aumento da transmissão do HIV/ITS. A violência e o abuso sexual também aumenta e as pessoas podem ser obrigadas a trocar favores sexuais com dinheiro ou recursos básicos, como uma estratégia de sobrevivência. Os soldados

podem ter conhecimentos mínimos sobre HIV/ITS e podem ser vítimas e ao mesmo tempo ser veículos de transmissão. A guerra conduz a mais intervenções cirúrgicas e ao aumento da procura de transfusão de sangue. Em adição, a transmissão do HIV através de transfusão de sangue contaminado pode ser alta se houver uma falha no sistema normal de controle de sangue e precauções universais.

O impacto do aumento da prevalência do HIV/ITS na saúde pública da comunidade é muito sério. Sabe-se que a prevalência elevada de ITS aumenta a transmissão do HIV. Existem sequelas físicas tais como as complicações crónicas do SIDA como a tuberculose e a diarreia. As ITS podem levar a longo tempo de dores, infertilidade e complicações durante a gravidez e parto. As crianças também podem ser afectadas com um aumento de risco de morbilidade e mortalidade.

Tendo que apoiar um maior número de pessoas vivendo com HIV/SIDA, afecta o bem estar económico e emocional da comunidade dos refugiados. O HIV/SIDA pode conduzir a rejeição social, isolamento e perda de rendimentos, pobreza e dependência económica. Pode ser que a comunidade tenha que apoiar um número elevado de órfãos.

Fertilidade e planeamento familiar

Os dados sobre a fertilidade das pessoas deslocadas não são facilmente disponíveis, e não há nenhuma evidência conclusiva para apoiar a hipótese de que a sua fertilidade é mais alta do que antes da crise. Contudo, em geral as mulheres nos campos de refugiados parecem ter uma alta percentagem de fertilidade do que poderiam ter em circunstâncias ordinárias. À medida que a situação se estabiliza a percentagem de fertilização pode subir por várias razões: os casais podem querer substituir as crianças perdidas; muitos programas materno-infantil nos campos aumentam as possibilidades de sobrevivência das crianças e pode haver pressão política para reconstruir a comunidade. Todavia, dando a escolha, muitos casais refugiados poderiam preferir limitar o tamanho da sua família e fazer o espaçamento das suas crianças.

Mortalidade e morbilidade materna

Muitas situações de conflitos afectam as populações dos países pobres onde as mulheres têm um elevado risco de mortalidade e morbilidade materna. A sua fuga agrava esta questão. Uma estimativa de 20% das mulheres na idade reprodutiva na população dos refugiados poderá estar grávida a qualquer momento. Durante o êxodo e na fase de emergência na situação de conflito, a mulher grávida pode ficar malnutrida e anémica e está em altos riscos de sérias doenças infecciosas. Estão expostas a violência física e psicológica. Muitas vezes estão sozinhas vivendo em abrigos temporários e podem ter que dar a luz em situações perigosas. A assistência profissional e serviços de referência à cirurgia não são geralmente disponíveis para os estimados 15% de partos que vão desenvolver complicações. Todos estes factores aumentam grandemente o risco da morbilidade e mortalidade materna: depois da fase de emergência a maior causa das mortes entre as mulheres refugiadas de idade de dar filhos são as complicações relacionadas à gravidez.



Os refugiados têm muitas vezes perdido os seus entes queridos, os seus bens, seus empregos e rendimentos, o seu estatuto social e mesmo a sua dignidade humana.

Complicações do aborto

Os abortos espontâneos e os abortos provocados são muito comuns no seio das populações forçosamente deslocadas. As mulheres refugiadas são vulneráveis à violência sexual e sexo coercivo, especialmente na fase inicial da emergência. A quebra das ligações com a família muitas vezes conduz ao aumento da actividade sexual desprotegida entre as pessoas jovens. À medida em que os homens perdem o seu papel tradicional e seu estatuto e tem pouco trabalho a fazer pode resultar em beber excessivamente e violência. Os métodos de planeamento familiar e contraceptivos de emergência não são sempre providenciados e pode faltar informação sobre a disponibilidade desses métodos. Tudo isto pode levar a um aumento de número de gravidez indesejada. Quando o aborto não é legalmente disponível as mulheres podem recorrer a procedimentos perigosos.

As complicações do aborto constituem a maior causa da morte e morbilidade tais como hemorragias, infecções pélvicas crónicas e infertilidade. A administração destas complicações leva tempo e é cara e desvia os escassos recursos dos outros serviços. A única forma de fazer decrescer o número de abortos provocados é a provisão de protecção contra a violência sexual (por exemplo, através de segurança extra nos campos), providenciar métodos de planeamento familiar incluindo contracepção de emergência e serviços de aborto seguro.

Práticas tradicionais prejudiciais

Existe uma evidência anedotal de que em situações estabelecidas de refugiados e na fase de retornados a prática tradicional de cortar os órgãos genitais femininos (FGC) é algumas vezes restabelecida uma vez que as comunidades tentam reafirmar a sua identidade cultural. Contudo, FGC resulta frequentemente em sérias consequências de saúde para a vida a longo termo incluindo complicações durante e depois da gravidez e parto. Portanto FGC nunca deve ser "medicalizado" pelos serviços de saúde nos campos de refugiados, ou ser praticado pelos profissionais trabalhadores da saúde.

Saúde sexual do adolescente

Assim como os adultos os refugiados adolescentes estão em risco sério de HIV/ITS, gravidez não desejada e aborto inseguro, violência sexual e de género ou morbilidade e mortalidade relacionada à gravidez. A situação de refugiado cria instabilidade no desenvolvimento sexual e reprodutivo do adolescente, muitas vezes com consequências sérias mesmo de ameaças de vida. Estão em maior risco de sofrer violência sexual, especialmente porque os adolescentes em muitos campos vivem desacompanhados. Os adolescentes mais velhos podem ter um sentimento de responsabilidade pelos irmãos mais novos. A escola e o treinamento foram interrompidos e as oportunidades de carreira são perdidas, resultando em sentimento de falta de autoridade. A retirada do adolescente da orientação tradicional da sua própria cultura e a incerteza da sua vida presente pode resultar em confusão sobre o comportamento sexual. O aborrecimento pode levar ao aumento do consumo de álcool e uso da droga e um começo prematuro da actividade do sexo desprotegido. A sua situação económica precária aumenta a probabilidade do adolescente engajar-se em prostituição para poder alimentar-se a si próprio ou a sua família. Os adolescentes muitas vezes não são capazes de ter acesso aos serviços de saúde reprodutiva assim como os serviços amigáveis à juventude não são disponíveis.

Resposta internacional

Em resposta a estes problemas um número de organizações adaptaram as sua políticas para incluir a saúde reprodutiva e os direitos das pessoas que vivem em situações de conflitos ou depois do conflito. Em 1995 foi estabelecido um grupo de trabalho de Inter-Agências (IAWG) para a saúde reprodutiva nas

situações de refugiados sob coordenação do Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR). Os seus membros inclui cerca de 30 agências da ONU e governos, ONGs, instituições académicas e doadores. O grupo tem um papel dirigente no fortalecimento dos serviços de saúde reprodutiva na situação de refugiados. O IAWG produziu um manual de campo que descreve o Mínimo Pacote Inicial de Serviços – MPIS (MISP) de intervenções de saúde reprodutiva durante a fase de emergência numa situação de crise. A MISP incorpora tudo o que é necessário para providenciar os serviços básicos de saúde reprodutiva durante a fase de emergência de uma situação de crise. O seu objectivo é reduzir a mortalidade. Quão cedo quanto a situação se estabilizar, deve seguir-se uma provisão de serviços de saúde reprodutiva. O manual de campo aconselha em como colocar o MPIS em prática.

Hoje, muitas agências que trabalham no campo implementam apenas um elemento de cuidados de saúde reprodutiva nos seus projectos. Muitas poucas agências endereçam de modo abrangente as necessidades de saúde reprodutiva das pessoas forçosamente deslocadas. Por exemplo, muitos programas colocam uma ênfase insuficiente em envolver o homem e o rapaz na saúde reprodutiva. Muitos mais esforços devem ser postos para traduzir as políticas e as resoluções para medidas práticas que poderão dar a essas pessoas um acesso aos serviços abrangentes de saúde reprodutiva da sua escolha. Além de tudo, o custo anual mundial dos melhores cuidados de saúde reprodutiva é menos do que uma semana das despesas do mundo em armamentos. ❖

Wilma Doedens, Tel/fax: +33-450-28.01.90; e-mail: wilma.doedens@wanadoo.fr

Este artigo é baseado numa publicação anterior do FNUAP.

Melhorando a saúde reprodutiva para a mulher refugiada através de cuidados depois do aborto

Karen Otsea

As mulheres e as crianças constituem a maioria dos 23 milhões de refugiados e pessoas deslocadas no mundo de hoje. Muitas vezes elas encontram-se em ambientes novos e não familiares, enfrentando barreiras de língua, cultura e burocracia. A assistência humanitária para as mulheres refugiadas tem tradicionalmente focado na providencia de serviços de emergência tais como água potável, sanidade, comida e abrigo. A disrupção brusca e isolamento que elas experimentam pode também ter consequências sérias para a sua saúde reprodutiva. Desde os meados de 1990 tem havido esforços para resolver este problema.

Gravidez indesejada e abortos provocados

As mulheres refugiadas cujos parceiros podem estar ausentes ou mortos estão geralmente desligadas das estruturas de apoio da família ou da comunidade. A sua situação económica e seu futuro são incertos. As mães que "estão à espera" encontram-se com pouco acesso aos cuidados ante-natal e sem assistência segura e confiada durante o parto, fazendo com que a gravidez e parto seja uma ameaça da vida. Para as mulheres que usavam anticonceptivos antes da fuga o acesso ao abastecimento pode ser difícil ou impossível. Em adição, elas estão expostas a violação física e sexual com consequências que variam entre o

trauma físico e psicológico ao HIV/ITS e gravidez indesejada. Todas estas condições sugerem um aumento provável de abortos espontâneos, gravidez indesejada e abortos provocados.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que pelos menos 80,000 mortes maternas (aproximadamente 13% ou uma morte em cada oito mortes maternas) é causada por abortos provocados (por exemplo, abortos providenciados por pessoas não habilitadas ou aqueles feitos sob condições não higiénicas ou ainda abortos provocados por si próprias). O Fundo das Nações Unidas de Apoio a População (FNUAP) calcula que a percentagem destes

abortos é de 25%-50% nos campos de refugiados. Mais centenas de mulheres experimentam complicações devido a abortos provocados e sofrem danos devastadores prolongados pela vida e infertilidade. Muitas destas complicações podem ser prevenidas se as mulheres tiverem acesso aos contraceptivos (incluindo contraceptivos de emergência) e cuidados depois do aborto (CDA). O CDA inclui tratamento das complicações do aborto, serviços de referência e ligações com outros serviços de cuidados de saúde reprodutiva. Para o tratamento do aborto do primeiro trimestre nas situações onde existe poucos recursos, sem electricidade nem sala de operações, recomenda-se o uso do vácuo aspirador manual (VAM). Isto pode reduzir os riscos de saúde no doente, reduzir os custos e conduzir para uma melhor recuperação.

Política e medidas internacionais

Em Junho de 1995 o Alto Comissariado das Nações Unidas para os Refugiados (ACNUR) e o FNUAP financiaram um simpósio sobre saúde reprodutiva nos campos de refugiados para mais de 50 agências das NU e ONGs. Os participantes criaram um grupo de trabalho entre as agências (IAWG) composto das agências das Nações Unidas, grupo de assistência aos refugiados e ONGs ligados à saúde reprodutiva a fim de fortalecer a saúde reprodutiva para os refugiados. Os grandes sucessos da IWAG incluem o seguinte:

- ❖ Programas de treinamento e materiais técnicos para os administradores de campo a fim de cobrir uma vasta série de necessidades de saúde reprodutiva e orientações para o tratamento das complicações do aborto.
- ❖ Desenvolvimento de abastecimento especializado de materiais a fim de responder as necessidades de contracepção, parto assistido, violência sexual (incluindo a provisão de contracepção de emergência) prevenção e tratamento das ITS e complicações dos abortos provocados.
- ❖ Actividades de advocacia e elaboração de políticas, incluindo vídeos educacionais, um escritório de oradores, bibliografias e folhas de dados para explicar as estratégias da saúde reprodutiva aos refugiados.
- ❖ Instrumentos de trabalho para fazer análise e avaliação.

Os esforços da IAWG para a prevenção dos abortos provocados foca em três intervenções:

- ❖ O melhoramento do abastecimento dos contraceptivos a fim de prevenir a gravidez indesejada;
- ❖ Contraceptivos de emergência a fim de prevenir gravidez indesejada devido a violência sexual;
- ❖ CDA para o tratamento das complicações do aborto normais e abortos provocados;

O Projecto Piloto dos Refugiados em Kenya

O Projecto Piloto dos Refugiados em Kenya implementado em dois campos de refugiados, é um exemplo de como as recomendações do IAWG têm sido implementadas. O projecto foi iniciado em 1998 pelo Conselho Nacional das Igrejas do Kenya (NCCK) e Ipas, uma ONG internacional, o projecto é parte do programa apoiado pela FNUAP da expansão dos



O treinamento no trabalho oferecido aos trabalhadores no campo de refugiados Este é um aspecto crítico para a sustentabilidade de novos serviços nos campos de refugiados onde a mudança de trabalhadores é muito alta.

serviços de saúde reprodutiva nos campos de refugiados em Kenya. Quando o programa começou, o campo Dadaab abrigava 114,852 refugiados em três áreas de povoamento. Os refugiados, primariamente somalianos, usavam os serviços de saúde juntamente com 10,000 kenyanos locais. Cada área de povoamento tinha o seu próprio hospital e pelo menos três postos de saúde. O campo Kakuma tinha uma população de 64,780 refugiados de nove nacionalidades diferentes. Os refugiados sudaneses e somalianos eram 67% e 27% respectivamente. As facilidades de saúde incluíam quatro centros de saúde e um hospital da Missão Kakuma perto do campo.

Linha de avaliação e treinamento

A linha de avaliação demonstrou a necessidade de serviços compreensivos do CDA. Para ambos os campos o método de tratamento dos abortos incompletos era a dilatação e a curetagem (D&C); No hospital da Missão de Kakuma o tratamento era providenciado por apenas um médico. O planeamento familiar depois do aborto não era providenciado por rotina no campo Dadaab. O hospital da Missão de Kakuma providenciava

"Todos os Governos, organizações inter-Governamentais e organizações Governamentais, são chamados a fortalecer o seus compromissos para a saúde da mulher, a lidar com o impacto dos abortos provocados como uma preocupação maior de saúde pública, e reduzir o recurso aos abortos através de extensão e melhoria dos serviços de planeamento familiar... As mulheres que têm gravidez indesejada devem ter acesso pronto de informação fidedigna e aconselhamento com compaixão.... Nas circunstâncias onde o aborto não é contra a lei, tal aborto deve ser seguro. Em todos os casos, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade para a administração das complicações que surgem por causa do aborto. O aconselhamento depois do aborto, educação e serviços de planeamento familiar devem ser oferecidos prontamente o que também pode ajudar a evitar abortos repetidos."

(Cairo, ICPD Programme of Action, 1994, excerpts from paragraph 8.25)

aconselhamento em planeamento familiar mas encaminhava os doentes para as facilidades do campo para a provisão dos métodos de planeamento familiar. Os providenciadores comunitários de cuidados de saúde demonstraram entusiasmo para os serviços compreensivos e melhorados da CDA. Para além do mais a presença de meio nível de providenciadores de serviços médicos, oficiais clínicos e enfermeiros oferecia uma oportunidade excelente para a sua inclusão no treinamento de CDA/VAM e eventualmente a descentralização dos cuidados.

A fim de responder à procura, foram treinados quatro oficiais clínicos, 10 enfermeiros e quatro coordenadores de saúde reprodutiva da ACNUR e NCKK. Foram estabelecidas salas para CDA/VAM nas várias localidades de ambos campos e foram acrescentados os serviços de aconselhamento em planeamento familiar depois do aborto nas facilidades que ainda não providenciavam estes serviços.

Avaliação

As visitas de monitorização depois de um ano (Setembro de 1999) revelaram ambos sucessos e desafios. No campo Kakuma os serviços compreensivos da CDA eram oferecidos no hospital do campo com grande apoio dos providenciadores, administradores e os representantes das ONGs e ACNUR todos eles gratos com o melhoramento: cuidados eficientes em tempo assim como a poupança dos custos. O treinamento-no-trabalho era oferecido para os outros membros do pessoal, um traço crítico para a sustentabilidade de novos serviços em povoados de refugiados onde existe uma alta rotatividade do quadro de pessoal. Contudo a aplicação dos serviços compreensivos da CDA tinha vacilado nos outros sítios de Kakuma. Num dos hospitais o novo coordenador médico (que não tinha participado no programa de treinamento) não apoiou o uso de VAM ou o envolvimento dos providenciadores de meio nível, e contudo o protocolo de tratamento não tinha mudado.

Em Dadaab, todos os três sítios foram rápidos em estabelecer áreas de tratamento com CDA/VAM. Contudo, na visita de monitorização de Setembro de 1999, os novos serviços de CDA não estavam a

funcionar, parcialmente devido à alta rotatividade do quadro do pessoal assim como à saída dos administradores chave das ONGs. As discussões e recomendações para Dadaab, centraram-se consequentemente na necessidade de estabelecer uma melhor orientação para todos os tipos de pessoal (administradores e providenciadores) assim como treinamento-no-trabalho a fim de transferir as novas habilidades. Até Abril de 2000, os serviços CDA tinham finalmente sido estabelecidos em todos os três sítios.

Conclusão

O projecto do Kenya demonstrou apoio aos serviços CDA entre os clínicos, administradores, e clientes, e a viabilidade da provisão de serviços CDA descentralizados de alta qualidade e tecnologia baixa para as mulheres nos campos de refugiados. Os resultados também demonstraram a efectividade de oferecer estes serviços nos sítios da entrega da saúde, onde as mulheres normalmente procuram cuidados, resultando em uso de poucos recursos e serviços rápidos para salvar a vida. Com poucos médicos disponíveis para os clientes refugiados, foi reforçada a importância de melhorar o acesso através do envolvimento dos providenciadores de meio nível. A rotação do pessoal médico e liderança tornou claro que o treinamento-no-trabalho era necessário a fim de garantir que os serviços abrangentes da CDA continuassem disponíveis à medida que o pessoal mudava. Tal treino deve incluir orientação sobre a tragédia desnecessária para as mulheres que sofrem de abortos provocados e os benefícios dos serviços abrangentes CDA. Os esforços de melhorar a saúde reprodutiva para todas as mulheres devem incluir cuidados relacionados com o aborto. Com o treino abrangente dos refugiados, providenciadores de saúde, apoio contínuo dos administradores do campo e oficiais e a supervisão contínua dos serviços, a provisão dos serviços CDA/VAM pode tornar-se um padrão normal dos serviços de saúde reprodutiva para as mulheres refugiadas. ♦

Karen Otsea, Ipas, Policy Division, 300 Market Street, Suite 200A, Chapel Hill, NC 27516, USA; Tel: 1-919-960.5619 or 967.7052; Fax: 1-919-929-7687; e-mail: otseak@ipas.org

Verdadeiros desafios para actores reais: o papel da advocacia e activismo na luta contra SIDA no Brasil

Ezio Távora dos Santos Filho

Diagnosticado HIV-positivo em 1985, tornei-me activista da SIDA em 1990, para além da grande resposta que os Brasileiros estão a desenvolver para a epidemia. No Brasil os medicamentos para a SIDA são distribuídos gratuitamente: estes incluem tratamento triplo antiretroviral desde os meados de 1996 e um aumento de bons serviços públicos para a SIDA. O Governo traçou altos padrões técnicos, estabeleceu linhas gerais de orientação claras (para os medicamentos que compra) e uma estrutura eficiente para a compra e distribuição dos medicamentos e garantir que os medicamentos produzidos no país são de boa qualidade. Por detrás desta estrutura eficiente criada pelo Ministério Brasileiro de Saúde, Coordenação Nacional das DTS e SIDA, encontra-se contudo, o altamente politicamente organizado Movimento Social Brasileiro para SIDA sem paralelos no hemisfério norte. A procura do acesso para o tratamento no Brasil tem as suas raízes e sustentabilidade na forte comunidade formada contra a SIDA.

O Movimento Social Brasileiro para a SIDA começou nos inícios de 1980, quando os grupos de homossexuais começaram a advocacia para o uso dos preservativos em 1983 (SOMOS e o grupo de

homossexuais da Bahia) o movimento social inclui advocacia nas Organizações Baseadas na Comunidade (CBOs) – algumas sem nenhuma identidade legal (registo formal) – que fazem

exigências em nome dos grupos sociais que representam. Os advogados podem ser ONGs formais, Redes de pessoas ou organizações, ou mesmo pequenos grupos que se reúnem atrás das Igrejas em pequenas cidades ou qualquer outra forma de associação.

Pressão das comunidades

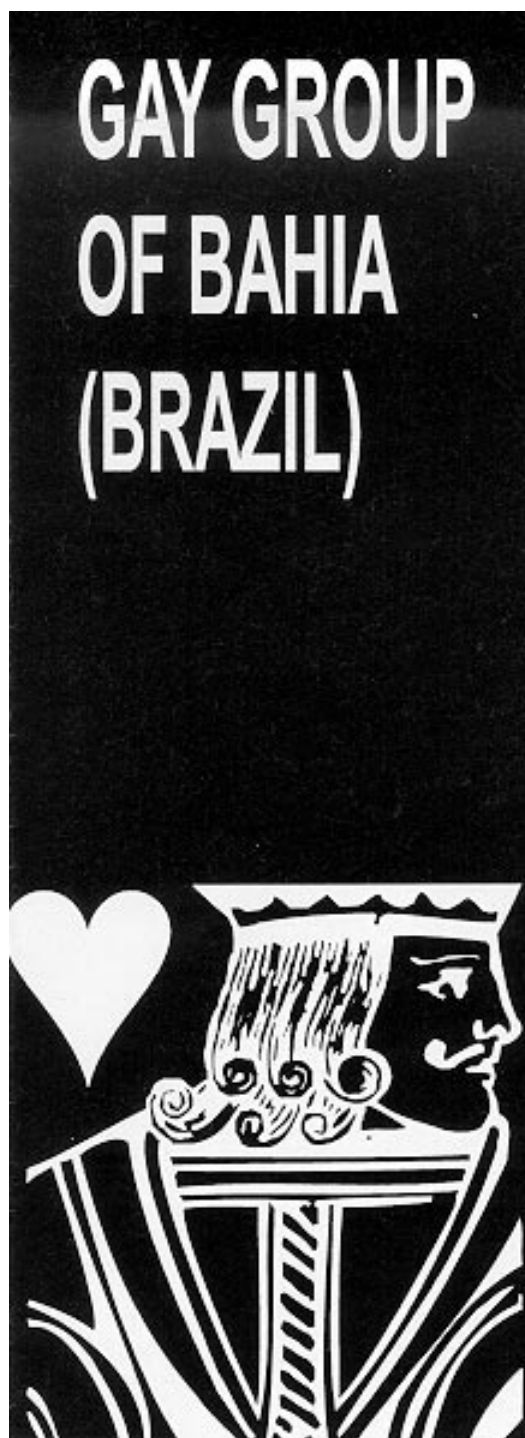
Criado em 1985 em São Paulo (SP), o GAPA (Grupo de Apoio Para Prevenção da SIDA) foi o a primeira ONG formal a trabalhar exclusivamente para SIDA. Hoje, pertence a uma rede de 21 organizações (GAPAs) que operam em todo o Brasil. O outro marco milário importante foi o desenvolvimento de três organizações novas no movimento social Brasileiro para SIDA:

- 1) *ABIA* (Associação Brasileira Interdisciplinar de SIDA), uma organização criada em 1987 a fim de ligar a comunidade académica com o movimento social;
- 2) *Grupo Pela VIDDA*, estabelecido no Rio de Janeiro em 1989 como o primeiro grupo de apoio no Brasil das pessoas que vivem com HIV/SIDA que aceitou os membros infectados e afectados; e
- 3) A Rede Brasileira das Pessoas que Vivem com HIV/SIDA (RNP+), fundada em 1995 presentemente com 2,500 membros.

Hoje no Brasil, há mais de 600 ONGs que estão a trabalhar na SIDA sob tutela do Forum Estatal das ONGs da SIDA. Estas organizações são responsáveis de muitas iniciativas e respostas que o Governo nacional não é capaz de providenciar. Para além de enviar delegados para o Forum de realização de políticas nacionais sobre a SIDA, durante os últimos 10 anos, os activistas comunitários têm pressionado o governo em vários assuntos. Nos inícios da década de 1990, o Grupo Pela VIDDA/RJ e o GAPA/SP processaram os governos federal e o estado a fim de garantir acesso aos medicamentos para os doentes de SIDA nos hospitais, garantindo políticas de seguros privados ou públicos. No início da década 1990 a opinião pública não era favorável aos doentes da SIDA, que eram tidos como sendo culpados da sua "má" orientação ou prática sexual ao invés de serem vistos como vítimas de uma epidemia. Infelizmente, os tribunais judiciais no início também compartilhavam esta opinião.

O movimento social Brasileiro para SIDA também trabalhou a fim de providenciar serviços às pessoas que vivem com HIV/SIDA. Entre os seus objectivos é o seguinte:

- ❖ Provisão de assistência legal gratuita para proteger os direitos civis das PVHS – garantindo especialmente acesso para tratamento através de procedimentos legais – e a re-admissão no trabalho daqueles que tinham sido expulsos por causa do seu estado de HIV. Os advogados providenciaram evidências (por exemplo, dados de estudos clínicos que mostram os resultados promissores da nova terapia antiretroviral) para convencer os juizes a tomar decisões a favor dos direitos das pessoas que vivem com HIV/SIDA de terem acesso aos medicamentos.
- ❖ Desenvolvimento de estratégias de comunicação que criam uma opinião pública favorável em referência aos tópicos relacionados com SIDA e convencer os magistrados sobre a urgência deste assunto.



Advocacia feita pelos grupos de homossexuais, por exemplo "o Grupo de Homossexuais da Baía" podem trazer a resposta desejada.

- ❖ Fazer loby para legislação específica para garantir o acesso ao tratamento coberto pelo sector público (pelo menos parcialmente), para a inclusão dos medicamentos para SIDA no orçamento do Ministério da Saúde e para uma licença obrigatória da produção local de medicamentos para SIDA a preços baixos para permitir que haja um largo acesso para mais indivíduos.
- ❖ Participação na formulação de política públicas de SIDA a fim de incorporar as ideias do movimento social e manter as políticas do governo a focar nos assuntos que são relevantes para a comunidade.
- ❖ Interação com o governo e sector privado a fim de estabelecer bom relacionamento e respostas



sustentáveis. As organizações comunitárias têm contratado muitos dos peritos técnicos que trabalham para o Programa Nacional de Coordenação da SIDA, criando assim uma boa comunicação. Agora o enfoque está em melhorar a comunicação com os sectores do governo para além do Ministério da Saúde e o estado e governos municipais que trabalham na descentralização das políticas da SIDA.

A resposta do Governo

O Governo Brasileiro consolidou a sua Coordenação Nacional em DTS e SIDA, assim que é sabido hoje, por causa da contribuição técnica do sector da comunidade e um empréstimo do Banco Mundial. O empréstimo do Banco Mundial cobre as despesas de aquisição das drogas para SIDA contudo 100% deste fundo vem dos Brasileiros que pagam imposto. Se os grupos de advocacia não tivessem construído os instrumentos legais a fim de garantir a inclusão do orçamento federal, os medicamentos não seriam disponíveis para aqueles que não têm poder de

compra. A comunidade deve continuar vigilante, fazer uma monitorização constante do orçamento e legislação para garantir um orçamento adequado para a compra de drogas.

Conclusão

Embora as iniciativas tais como as que são levadas a cabo pela ONUSIDA para envolver os governos a nível global sejam importantes, é fundamental criar mecanismos internos (legais, orçamentais e técnicos) a fim de garantir uma resposta local a longo-termo, pelo contrário, essas respostas não seriam sustentáveis. As agências e programas internacionais podem promover a organização política da sociedade civil no campo da SIDA. As comunidades devem ter a habilidade técnica de apresentar as suas respostas e tomar iniciativas onde os governos não estão mobilizados ou habilitados a intervir. São permanentemente necessários peritos técnicos da comunidade bem qualificados e isto só é possível apenas se eles forem financiados. Caso contrário, eles vão "imigrar" para o governo ou o sector privado, assim como tem acontecido no Brasil, debilitando assim a habilidade de resposta da comunidade. Ao longo deste curso, as respostas do governo serão fracas, porque não serão adequadamente monitorizadas ou serem responsáveis à sociedade.

Concluindo, o papel dos movimentos sociais – não apenas no Brasil mas em todo o mundo- precisa de ser melhorado para optimizar a qualidade das respostas do governo e manter sustentáveis os investimentos na luta contra SIDA. Uma participação mais efectiva dos advogados da comunidade pode trazer a resposta necessária. ❖

Ezio Távora dos Santos Filho, Vice-Presidente, Grupo Pela Vidua/RJ; Av. Rio Branco, 135, Gr. 709, Centro, CEP 20040-006, Rio de Janeiro, RJ, Brasil; Tel/Fax: +21-518.3993/518.1997/852.7590; Cell: 994.695.32; e-mail: etfilho@attglobal.net

Melhorando o acesso ao tratamento na África do Sul

Nathan Geffen

A Campanha de Acção ao Tratamento (TAC) é a voz que dirige o acesso ao tratamento para as pessoas vivendo com HIV/SIDA na África do Sul e uma das vozes mais altas neste combate mundial. Isto não é necessariamente um tributo para os sucessos da TAC: apesar da publicidade que seguiu o movimento durante o ano passado, ainda existe um caminho longo a percorrer na luta para o acesso ao tratamento.

Apenas 20,000 dos 5 milhões de Sul Africanos que vivem com HIV/SIDA tem acesso aos medicamentos antiretrovirais. Apenas acerca de 10% de mulheres grávidas vivendo com HIV têm acesso a clínicas que oferecem programas para reduzir o risco de transmissão perinatal. Poucos sobreviventes de abuso sexual têm acesso a profilaxia depois da exposição. Apenas uma mão cheia de companhias Sul Africanas oferecem tratamento aos seus trabalhadores que não podem contribuir para o pagamento das ajudas de saúde. Ainda existe muito estigma e analfabetismo sobre os tratamentos associados com a doença. Uma anedota trágica: Recentemente, um médico numa das clínicas privadas de HIV/SIDA na Cidade de Cabo, perguntou a todos os seus doentes vivendo com HIV/SIDA quantos amigos ou membros da família

estavam informados sobre o seu estado: muitos deles não tinham dito a nenhuma pessoa!

Activismo e liderança: é crucial para a mudança

TAC só pode ser julgado como tendo tido sucessos quando todos estes problemas tiverem sido largamente ultrapassados. Cada dia sem resolução significa um dia de fracasso. Com as centenas de milhares de Sul Africanos e os estimados 19 milhões de pessoas que morreram de SIDA em todo o mundo, TAC e os seus aliados ainda não têm sucessos.

Todavia, TAC já teve algumas realizações consideráveis. No início de 2001, menos de 10,000 Sul Africanos poderiam pagar o tratamento antiretroviral. A litigação e a mobilização da TAC contra o

mercantilismo farmacêutico resultou numa descida substancial dos preços das drogas, para que muitas pessoas de classe média e trabalhadores com ajudas de saúde possam ter poder de compra. Os workshops da TAC de ensinamentos e outros programas de campo melhoraram os conhecimentos sobre estes assuntos para dezenas de centenas de Sul Africanos. Para além do mais, o acesso ao tratamento tornou-se um centro focal de debates políticos na África do Sul.

TAC é muitas vezes perguntada como é que conseguiu a posição de liderança nestes assuntos. Quais são as estratégias e mecanismos de operação que utilizou? TAC tem tido sorte em ter acesso à custos baixos, alta qualidade, recursos legais, vídeo e computadores, assim como a perícia de fazer um óptimo uso destes recursos. Todos estes recursos têm sido essenciais na organização e melhoramento das actividades. Muitas organizações baseadas na comunidade (CBOs) do mundo em desenvolvimento não têm um acesso fácil a nenhum destes recursos. Na África do Sul e provavelmente em muitos outros países, há uma necessidade de juntar estes recursos para a comunidade activista. Ainda mais, muitas ONGs do mundo em desenvolvimento têm falta de capacidades de direcção a fim de lidar com a complexidade e uma série de assuntos que afectam o seu trabalho assim como a falta de recursos. Estas são ameaças para a TAC também. As soluções destes problemas não são fáceis de encontrar, especialmente num país onde os padrões de educação sob o regime do apartheid eram horríveis e continua a batalhar no novo regime. Para complicar mais o assunto, os doadores avisaram que com a ameaça da recessão global será difícil ter dinheiro. Uma organização estabelecida razoavelmente como a TAC pode superar os tais obstáculos, mas muitas organizações mais pequenas baseadas na comunidade que estão a fazer um bom trabalho vão batalhar para implementar os seus programas.

As chaves do sucesso

As chaves para o sucesso da TAC são a análise política sólida, estudos rigorosos e mobilização massiva da classe trabalhadora baseada na comunidade. Sem nenhum destes factores, TAC como uma organização seria irrelevante.

A análise política e estudos científicos conduz a estratégia da TAC. Um entendimento dos trabalhos da Organização Mundial do Comércio (WTO), os aspectos relacionados ao comércio dos direitos da propriedade intelectual (TRIPs), contractos, a lei da propriedade intelectual, direitos humanos e a lei constitucional, a ciência e a medicina de HIV/SIDA e investigações sobre os sistemas de cuidados de saúde Sul Africanos são todos necessários para informar as nossas acções. Nós precisamos de tais conhecimentos, não apenas para formar posições de advocacia mas também para podermos ser capazes de responder adequadamente aos nossos adversários e convencer o público que estamos correctos na nossa advocacia e acções.

Talvez, a acção mais controversa que a TAC tomou foi a importação para a África do Sul, de "fluconazole" genérico um medicamento essencial, quebrando a patente do fabricante. Esta acção gerou uma cobertura enorme da imprensa e controvérsia, assim como o risco ainda presente de ser prosecuted por



TAC: uma das vozes mais altas para o acesso ao tratamento no mundo inteiro

quebrar algumas leis. TAC surgiu deste evento mais forte e a organização mais respeitada. Contudo, em retrospecto, se a TAC não tivesse feito um estudo sobre a qualidade da droga importada, as diferenças de preços entre as versões do genérico e da patente, o uso desta droga para curar duas infecções comuns oportunistas nas pessoas vivendo com HIV/SIDA, assim como o argumento legal de porque é que a acção da TAC era justificável, a acção poderia provavelmente ter atizado fogo. Uma organização não pode quebrar a lei e esperar um apoio público sem ser capaz de convincentemente argumentar o seu caso.

Mantendo ligações fortes com as comunidades

A fim de fazer um impacto, as organizações de activismo devem desenvolver membros baseados na comunidade, formal e informal, e estabelecer ligações com as organizações que representam aqueles que são primariamente afectados pelos assuntos que estão em jogo. A "corporatização" de muitas ONGs durante a última década deixou as suas direcções com salários grandes mas pouca relevância. TAC começou como um grupo pequeno de pessoas, algumas vivendo com HIV/SIDA, que desenvolveram ramos na comunidade nas áreas pobres. Houve também esforços substanciais dirigidos ao trabalho com os movimentos dos trabalhadores, assim como organizações baseadas na fé. O Congresso da União Sul Africana do Comércio (COSATU), que é a maior conglomeração de uniões, é parte dos aliados chaves da TAC.

Um dos criticismos sérios das primeiras acções de importação de fluconazole é de que foi feito antes do desenvolvimento do apoio da comunidade. Depois de descobrir este error, TAC tomou uma acção para remediar e uma importação subsequente de fluconazole foi feita com centenas de apoiantes da TAC comprimentando uma celebridade da televisão local no Aeroporto Internacional da Cidade de Cabo, que se ofereceu a trazer os medicamentos de Tailândia.

Como resultado deste trabalho os membros da TAC cresceram consideravelmente, embora não suficiente,

durante os últimos 18 meses. TAC agora consegue organizar protestos de poucas centenas de pessoas num curto espaço de tempo. Com um pouco mais de esforço, pode organizar marchas massivas com mais de 5000 pessoas, tais como o protesto na 13a Conferência Internacional sobre SIDA em Durban, e fora do Tribunal Maior de Pretória durante o julgamento do caso entre a indústria farmacêutica e o Governo Sul Africano. O envolvimento da TAC neste caso de tribunal como amigo do tribunal e a sua acção legal subsequente contra o ministro da saúde por não implementar o programa nacional de prevenção de transmissão de HIV de mãe-para-criança (PMTCT, ajudou a reduzir os preços das drogas, melhorou PMTCT e sublinhou as desigualdades no acesso ao tratamento. Contudo, os sucessos destas acções poderiam diminuir grandemente sem a mobilização das massas que o acompanha. Na TAC, os membros engajados, com um sentido forte de ocupar o campo mais alto moral, jogam um papel crucial em liderar e organizar a luta pelo acesso ao tratamento.

Isto faz um severo contraste com o modelo "corporativo" de dirigir as ONGs, onde a direcção da organização tem pouca associação com as pessoas

mais afectadas pelos seus objectivos. As organizações baseadas nas massas não podem ser desenvolvidas dentro destas linhas. Um exemplo de onde é que isto dirige pode ser visto na África do Sul pelo trabalho não satisfatório feito pelas organizações mais largas no país envolvidas na prevenção de HIV. A organização mais conhecida e a mais larga organização de prevenção no país desenvolveu uma reputação de produzir quadros para cartazes não inteligíveis ao lado das estradas removidos das pessoas ordinárias. A mobilização das massas não é uma parte óbvia da sua agenda e as suas mensagens de modificação de comportamento sexual são acompanhadas com insinuação. Isto é uma irresponsabilidade no meio da pior crise de saúde na história recente. Sem uma liderança brava, engajada, sem corrupção, baseada e envolvida na sua comunidade, não pode haver sucessos de activismo ou no trabalho de campo. ♦

Nathan Geffen, Treatment Action Campaign (TAC), 12 Solmor Mansions Hatfield Street, Cape Town, 8001, South Africa; Tel: +27-21-462.63.22, +27-21-689.94.65 or +27-82-693.88.26; e-mail: ngeffen@cs.uct.ac.za; web: www.tac.org.za

Governo moçambicano autoriza ARVs

Rafael Sarmento Bié

O ministro da Saúde, Dr. Francisco Songane, anunciou que o governo moçambicano vai autorizar o sector privado a importar e comercializar medicamentos que retardam o desenvolvimento da SIDA, doença provocada pelo vírus HIV. Na ocasião o Dr. Songane deixou claro que o seu governo não iria entrar no "negócio" dos medicamentos anti-retrovirais (ARVs).

Mas para o caso específico de Moçambique, com cerca de 15,6 milhões de habitantes, onde se estima que aproximadamente dois milhões de pessoas estejam infectadas pelo HIV e outros 700 casos de infecção ocorrem diariamente, a questão que se coloca depois do anúncio do ministro é a quem vai beneficiar a comercialização dos medicamentos pelo sector privado em Moçambique visto que só e só as farmácias privadas poderão comercializar os ARVs. Trata-se a partida de um negócio que vai dar muito dinheiro apesar de o ministro haver prometido fiscalizar a comercialização dos ARVs.

Os ARVs não estarão disponíveis no Sistema Nacional de Saúde. Para resolver o problema daqueles que não tiverem acesso aos ARVs, Songane anunciou que no Sistema Nacional de Saúde apenas estarão disponíveis medicamentos que tratam "doenças oportunistas". Mesmo assim, o ministro sublinhou que tal vai representar custos adicionais ao Estado moçambicano de cerca de seis milhões de dólares americanos.

O anúncio do ministro Songane por outro lado deixa também claro a manifesta incapacidade do seu governo em entrar no "negócio" dos ARVs e tal só pode ser justificado por questões de natureza económica. Só para aclarar, o orçamento geral para a Resposta Nacional foi, em 1998, estimado em oito milhões de dólares americanos sem incluir os gastos do Orçamento Geral do Estado.

Grande parte dos programas e projectos em mais de 80% funcionam com doações externas. Isto explica claramente a insustentabilidade por parte das autoridades de Maputo ou seja o governo

moçambicano não está em condições financeiras para custear as despesas pelos ARVs para as suas populações pobres e vulneráveis apesar da especial atenção que o executivo de Maputo dá ao sector.

Segundo disse Songane, o governo necessitaria de 90 milhões de dólares anuais para a compra de medicamentos para atender as necessidades da população. Este valor representa duas vezes mais o orçamento do sector da saúde, por ano, em Moçambique.

Ainda de acordo com o titular da pasta da saúde, o tratamento de um indivíduo infectado custaria, no mínimo, qualquer coisa como 300 dólares americanos. Este valor (300 USD) representa dez vezes mais aquilo que é o salário base em Moçambique.

Ele referiu que a autorização para importação dos fármacos em Moçambique representa uma vitória para o país. "ARVs de marca representariam 12-13 mil dólares americanos por ano para o mesmo tratamento", observou Songane.

Talvez aqui se volta a colocar a tese do presidente sul-africano, Thabo Mbeki, quando numa recente reunião sobre a SIDA, em Durban, África do Sul, ele afirmou que a SIDA era um problema dos pobres. E que em Moçambique, um dos dez países mais pobres do mundo, com uma taxa de seroprevalência de 20% a escala nacional, com uma cobertura em termos de saúde de apenas 40%, a situação do HIV/SIDA é considerada extremamente grave.

Moçambique um país que partilha extensas fronteiras com países como a África do Sul, Malawi, Zimbabue, tidos como altamente infestados pelo

HIV/SIDA, aloca cerca de 40 milhões de dólares americanos para o sector de saúde, por ano. Isto representa cerca de 1/10 parte das exportações (sem incluir a MOZAL) de Moçambique. Outro dado importante é que mais de 70% da população vive abaixo da linha de pobreza não gastando por dia mais de meio dólar americano e isto aponta claramente que os ARVs não são para quem deles precisa mas para as elites urbanas.

Os rendimentos per-capita de Moçambique que há menos de três anos foram de menos de cem dólares, reforçam a ideia sobre quem vai ser o real beneficiário dos ARVs. Ou seja Moçambique é um dos países mais pobres do mundo com despesas per-capita em termos de saúde das mais baixas mesmo quando comparado com países da SADC como a Swazilandia e o Malawi. Por exemplo, uma consulta normal que inclui análises clínicas e tratamento (internamento) para uma doença como malária não ultrapassa os dez dólares americanos. Nos outros hospitais, nas zonas rurais e mesmo em alguns centros urbanos, uma consulta e o respectivo tratamento não ultrapassam um cêntimo do dólar.

Mas como reagiu a associação das farmácias sobre o anúncio do governo? Luís Gouveia, numa longa entrevista a um periódico local, considera a autorização do governo de "oportuna" e "positiva". Mas na mesma entrevista, Luís Gouveia deixa implícito que as forças do mercado é que vão ditar os

preços dos ARVs. "Tudo terá em conta os preços de importação".

Por seu turno, as mulheres vivendo com o HIV/SIDA são de opinião de que o governo devia subsidiar os custos de compra dos ARVs que brevemente estarão disponíveis nas farmácias privadas de Moçambique. O facto é que a maior parte da população em Moçambique é feminina e é a mais vulnerável porquanto prevalecem ainda a supremacia masculina e abusos às mulheres. Em Muitos casos elas não negociam com o seu parceiro sexual o uso do preservativo. Uma mulher da Kindhlimuka, uma associação de pessoas vivendo com o HIV/SIDA, disse ter sido infectada pelo seu marido. "Fiz testes e saí negativa mas o meu marido sempre recusou usar preservativo e sendo ele seropositivo acabou me infectando". A senhora conta que o marido sempre submetia ela a sevícias sempre que ele recusasse fazer sexo.

Entretanto, o anúncio do ministro Songane é visto por parte de associados do Kindhlimuka como uma discriminação contra os pobres. Uma associada que disse se chamar apenas por Madalena disse que a sua única esperança era o governo. "Mas com o anúncio do ministro ficou claro que não há lugar para pobres em Moçambique". ♦

Rafael Sarmento Bié, Av. Amílcar Cabral 1049, P.O. Box 79; Tel: +258-1-43.01.06 or 42.91.80; Fax: +258-1-30.24.02; e-mail: bierafael@yahoo.com.br

A resposta da OIT ao HIV/SIDA no mundo do trabalho

Sonia Smith

Há uma dezena de anos atrás a SIDA era vista como sendo primariamente um assunto de saúde. Hoje é largamente considerado uma crise de desenvolvimento que afecta todos os sectores sociais e económicos. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) apoia a luta contra HIV/SIDA porque a parte mais importante do seu trabalho está a ser ameaçada pela epidemia. O seu objectivo primário é de criar oportunidades para um trabalho decente e produtivo em condições de liberdade, igualdade, segurança e dignidade. Cada um dos quatro objectivos estratégicos da OIT: os direitos dos trabalhadores, a promoção de emprego, a protecção social e diálogo social – estão directamente ameaçados pela propagação do HIV e o seu impacto no mundo do trabalho. E porque as infecções de HIV estão concentradas entre os adultos a epidemia afecta muito mais a força trabalhadora de uma maneira mais aguda do que a população em geral, com implicações longe de atingir para a família, empresas e economia nacional. OIT tem um papel estratégico na resposta global ao HIV/SIDA através da sua capacidade de mobilizar os seus constituintes tripartidários – governos, empregadores e trabalhadores – e através do seu acesso directo aos locais de trabalho.

O impacto do HIV/SIDA no mundo do trabalho

A maioria dos 40 milhões de pessoas infectadas pelo HIV estão no se princípio da sua vida de trabalho: uma estimativa de 25 milhões de trabalhadores de idades compreendidas de 15 a 49 anos vivem com HIV/SIDA. Nos países com alta prevalência, em 2020 a força de trabalho será 30 porcentos inferior do que poderia ser sem o SIDA. Isto afecta o mundo de trabalho de muitas formas. Os trabalhadores estão a perder o emprego e os seus meios de vida, ou porque eles ficam tão doentes para trabalharem ou porque são despedidos por causa do seu estado de HIV; muitos indivíduos trabalhadores e suas famílias

sofrem estigmatização e discriminação, ao mesmo tempo que a epidemia está a minar os seus direitos fundamentais. Os empregadores estão a perder os seus trabalhadores formados e vêm a sua produção a cair. Ao mesmo tempo os custos de trabalho estão a elevar-se bruscamente devido ao aumento de provisão de saúde, custos de recrutamento e re-treinamento e despesas de funeral. As poupanças são reduzidas, afectando os investimentos e os contractos da exigência do mercado para muitos serviços e produtos. E no final, o contracto com base no imposto, o aumento das despesas do público, e a perda de habilidades combinam-se pá um crescimento económico lento: De acordo com o Banco Mundial está estimado que o Produto Doméstico Grosso em

Notas de
Orientação

"O Código não é apenas sobre políticas e orientações. É sobre o respeitar a dignidade dos outros e aprender a viver com a realidade do HIV/SIDA."
(Juan Somavia)



O Director General da OIT entregando o Código de Prática da OIT ao Secretário General das Nações Unidas durante a Assembleia General das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (Julho de 2001).

muitos países Africanos vai cair durante a próxima década.

Até certo ponto a dependência social e económica nas populações mais produtivas torna-se mais clara á medida em que as crianças, especialmente as meninas, são forçadas a deixar a escola para ir trabalhar, algumas vezes sob condições perigosas e explorativas. Uma cultura de culpabilidade cai sob as mulheres em muitos países adicionando a grande parte da sobrecarga de tomar conta dos doentes, e as viúvas de SIDA são rejeitadas e marginalizadas. Os serviços de saúde e os sistemas de segurança social tornam-se sobrecarregados com as necessidades dos que têm SIDA. Finalmente, a pobreza está a crescer e os objectivos de desenvolvimento do milénio estão sob ameaça.

O Programa da OIT sobre HIV/AIDS no mundo do trabalho

O Programa da OIT sobre HIV/SIDA no mundo do trabalho foi estabelecido em resposta ao pedido dos seus constituintes no mundo inteiro e é

baseado nas análises das necessidades dos países feitas pelos seus oficiais de campo. O Programa foi formalmente estabelecido no ano 2000 com o objectivo de reduzir a propagação do HIV/SIDA, mitigar o seu impacto no mundo do trabalho, e proteger os direitos e dignidade dos trabalhadores e seus familiares afectados pela epidemia. O Programa enfoca nas seguintes áreas:

- ❖ Investigações e análise das políticas relacionadas com as consequências do HIV/SIDA ao nível social, económico e as suas consequências na força de trabalho.
- ❖ Advocacia em todos os níveis em relação às implicações da epidemia para as empresas e os direitos dos trabalhadores.
- ❖ Cooperação técnica e apoio aos empregadores e as organizações dos trabalhadores.
- ❖ Estabelecimento de padrões e provisão de serviços de consultas a fim de orientar as políticas nacionais e de locais de trabalho e programas sobre HIV/SIDA.

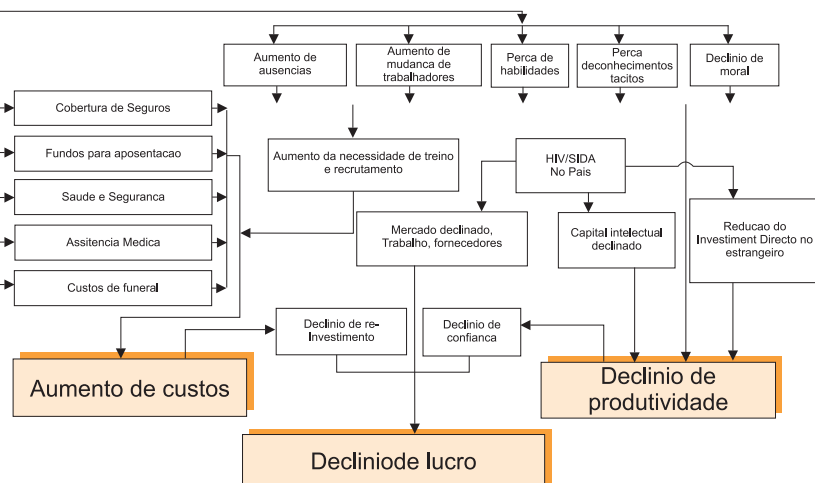
Em estreita colaboração com os governos, empregadores e trabalhadores de todas as regiões, a OIT desenvolveu um *Código de Prática sobre HIV/SIDA E O Mundo do Trabalho*, que foi formalmente lançado na Sessão Especial da Assembleia General das Nações Unidas sobre HIV/SIDA, realizada em Junho de 2001. O Código foi aclamado pelos chefes de estados, trabalhadores e empregadores, organizações, parceiras das Nações Unidas, ONGs e uma variedade de participantes, incluindo representantes do sector privado tais como o Conselho Global das Empresas. Utilizando a abordagem baseada nos direitos o Código estabelece orientações práticas para os governos, empregadores e trabalhadores, assim como outros participantes, nas seguintes áreas:

- ❖ Prevenção através da educação, programas de sensibilização em género e apoio prático para a mudança de comportamento.
- ❖ Protecção dos direitos dos trabalhadores, incluindo protecção do emprego, confidencialidade, igualdade do género, direito a benefícios e não discriminação.
- ❖ Cuidados e apoio incluindo aconselhamento, testagem voluntária e confidencial assim como tratamento nos lugares onde os sistemas de saúde não são adequados.

O Código aplica-se para todos os empregadores, trabalhadores nos sectores públicos e privados e todos os aspectos do trabalho, formal e informal. O Código não é apenas para os países onde a epidemia aperta fortemente: foi elaborado para prevenir o aumento da percentagem de infecções nos países relativamente não afectados. O Código pode ser usado como uma base para as políticas nacionais dos locais de trabalho, orientações para as empresas, acordos colectivos e programas de treinamento. Pode ser um instrumento para advocacia, particularmente para o fortalecimento do envolvimento do sector privado na acção contra o HIV/SIDA, assim como um guia para o desenvolvimento e implementação de programas na comunidade.

A Sessão Especial das Nações Unidas sobre HIV/SIDA endossou o papel da OIT como parceiro

Um olhar no impacto de HIV/SIDA nas indústrias



chave na luta global contra HIV/SIDA incluindo provisões no mundo do trabalho na Declaração de Compromisso. A Declaração contém uma chamada para uma acção baseada no local de trabalho e encarrega os governos a adaptarem condignamente as legislações nacionais e as políticas do quadro de trabalho. A contribuição da OIT nas respostas das Nações Unidas foi reforçada através do seu co-financiamento ao Programa conjunto das Nações Unidas sobre HIV/SIDA (ONUSIDA) desde Outubro de 2001.

Implementando o Código de Prática da OIT

A OIT trabalha com vários governos a fim de desenvolver ou adaptar as suas legislações nacionais de trabalho e as políticas de SIDA baseadas no Código, e está a informar às organizações de empregadores e dos trabalhadores sobre as políticas sectoriais e programas dos locais de trabalho. Está a ser desenvolvido um programa de treino e está a ser preparado um manual de educação e treino. Em colaboração com os parceiros sociais e agências das Nações Unidas estão a ser colocados programas

pilotos de HIV/SIDA e o mundo do trabalho em países seleccionados. O Código tem sido usado no treinamento de inspectores de trabalho no Senegal; foi elaborado um programa conjunto com a UNIFEM a fim de se endereçar aos assuntos relacionados ao trabalho informal e aos cuidados com a economia em relação ao HIV/SIDA; e também um projecto concordado com o Secretariado da Commonwealth para o sector da educação no Botswana. O Código foi traduzido para mais de 20 línguas em resposta aos pedidos locais.

A OIT desenvolveu a sua própria política de pessoal em relação ao HIV/SIDA baseada no Código, e outra agências das Nações Unidas – notavelmente a UNESCO, UNIDO e a UNICEF – contactaram a OIT com o interesse de igualmente desenvolverem políticas de pessoal para os seus próprios trabalhadores. As cópias do Código (em Inglês, Francês e Espanhol) e a política de pessoal podem ser obtidas no Website da OIT. ❖

Sonia Smith, ILO/AIDS, 4 Route des Morillons, CH-1211 Geneva 22, Switzerland; Tel: +41-22-799.64.86; Fax: +41-22-799.63.49; e-mail: iloaid@ilo.org; Web: www.ilo.org/aids

Um olhar no impacto de HIV/SIDA nas indústrias

A resposta dos agricultores de pequena escala ao HIV/SIDA

Gladys Mutangadura

Em toda a maior parte da África, a agricultura é o maior recurso de subsistência para as casas rurais. Contudo, a rápida difusão da epidemia do HIV/SIDA ameaça a produção agrícola e segurança de alimentação dos agricultores de pequena escala. Como resposta, as organizações do Ministério da Agricultura e Desenvolvimento Rural precisam de integrar o HIV/SIDA no núcleo de políticas e programas de desenvolvimento rural. O programa FOCUS no Zimbabwe é um bom exemplo de uma resposta efectiva ao nível da comunidade.

Os estudos no Zimbabwe e em alguns países da África oriental indicam que as casas rurais afectadas pelo HIV/SIDA têm uma menor área plantada e menos colheita. Elas sofrem de falta de mão de obra e falta de insumos quando o providenciador morre, a falta de força corrente e instrumentos quando estes são vendidos para cobrir as despesas do funeral. Os agricultores de pequena escala muitas vezes mudam de plantações que exigem mão de obra intensiva como o algodão e o tabaco para plantações de menos mão de obra intensiva tais como mandioca e milho. A produção de gado também declina-se uma vez que a administração do gado é alterada pelos constrangimentos de mão de obra. Aumenta a carga de trabalho para as mulheres nos lares afectados pela SIDA devido às exigências de trabalho doméstico e o trabalho de cuidar do doente, deixando para elas muito pouco tempo para os deveres da machamba.

Respostas do sector da agricultura

Nos anos 1980, as respostas ao HIV/SIDA focavam primariamente na prevenção. Nos anos 1990 o enfoque começou a mudar para mitigação do seu impacto ao nível das casas e da comunidade. Em



Como resultado de constrangimentos de mão de obra devido ao HIV/SIDA, as famílias mudam para as plantações intensivas que exigem menos trabalho.

1999 a FAO reportou que uma nova clientela para a agricultura de pequena escala estava a emergir compreendida principalmente de adolescentes, os idosos e mulheres viúvas e adultos doentes e fracos. Esta nova clientela, deixada com pequenos recursos, precisa de uma mudança paradigma das

Reportagem
do
Programa

investigações agrícolas actuais e extensão de metodologias.

A *extensão dos serviços de agricultura*, precisa de focar mais nas tecnologias apropriadas que já estão disponíveis para adaptação pelos sistemas agrícolas de recursos pobres. Isto inclui inter-colheita para reduzir o tempo de capinar, zero ou cultivo mínimo para reduzir a necessidade de arraduras muito caras e bois e a utilização de plantas trepadeiras para atrair as pragas e não atacar as outras plantas. A extensão dos serviços de agricultura também precisa de integrar assuntos sobre o género nos seus programas, uma vez que as mulheres e os jovens estão a emergir como os que jogam o papel de líderes na agricultura de pequena escala na era do HIV/SIDA.

Os *estudos da agricultura* precisam de focar mais nas tecnologias para mitigar o impacto do HIV/SIDA em relação ao trabalho e os constrangimentos de rendimentos. Isto inclui investimento baixo mas alta abundância de comida e plantas que dão dinheiro, plantas de alto valor para comida, que sejam resistentes à seca, araduras leves que podem ser usadas pelas mulheres e pessoas jovens e tecnologias para capinar com os animais. Os estudos devem também focar no melhoramento das tecnologias indígenas de poupança de trabalho tais como colocar estrume e plantações misturadas. Para o gado, as iniciativas de investigações devem considerar o desenvolvimento e criação de animais que requerem menos cuidados e desenvolvimento, ou fazer pacotes de produtos químicos para colocar o gado no dip ao nível individual. A participação dos farmeiros é um elemento central no processo de re-orientação dos estudos e serviços de extensão se as novas tecnologias forem construídas através dos conhecimentos das necessidades emergentes dos farmeiros.

As *iniciativas existentes baseadas na comunidade*, dirigidas para aliviar o trabalho e constrangimentos do capital precisam de ser reforçadas e espalhadas para outras áreas. Por exemplo, reforçar os costumes de trabalho compartilhado, as poupanças tradicionais ou outras associações de assistência mútua pode garantir que os lares que precisam tenham uma fonte de trabalho ou capital. A extensão dos programas agrícolas em colaboração com outras agências e ONGs deve apoiar e assistir este processo. O programa FOCUS tem sido capaz de reviver a estratégia tradicional que envolve a comunidade para restaurar o estado de segurança de alimentação da comunidade.

O programa FOCUS

Em 1993 uma Igreja local com o apoio técnico da *Family AIDS Caring Trust* (FACT) em Mutare, Zimbabwe estabeleceu o programa baseado na comunidade "Famílias, Órfãos e Crianças em Stress" (FOCUS) nas zonas rurais. As actividades principais do projecto incluíam o recrutamento de

voluntários vindos da comunidade para identificar, registar e visitar os órfãos dentro de 2 quilómetros radius das suas casas, fazer a monitorização da sua situação, distribuir pequenas quantidades de material de apoio providenciado externamente e enviar os problemas urgentes às autoridades governamentais. Alguns 4000 órfãos beneficiaram do programa. Os voluntários foram providenciados com um treinamento básico e visitam os lares dos órfãos duas vezes por mês; aqueles órfãos em grande necessidade, por exemplo nos lares dirigidos pelas crianças, são visitadas semanalmente. Os órfãos são apoiados materialmente com instrumentos agrícolas (por exemplo, sementes de milho e adubos), propinas para escola primária, alimentação e cobertores. Outras actividades levadas a cabo pela FOCUS inclui assistência em lavrar as machambas dos órfãos, reparação das casas, cuidados com a saúde, cuidados com a criança, suplementar o rendimento e actividades de rendimento.

Até 1999, o Programa FOCUS tinha 180 voluntários em 8 lugares rurais e em uma zona residencial urbana altamente populosa na área de Mutare. A cobertura total do programa é de 50,000 lares com 2764 lares de órfãos assistidos. O custo total em 1998 era de US \$20,750 (cujo 60% compreende os gastos nas actividades directas com a comunidade). Os custos de programa por família eram de US \$9.54 dólares americanos. FOCUS também promove a tradição comunitária de segurança na alimentação através do plano de poupança do grão, "*zunde remambo*" (a machamba do chefe). Neste plano as pessoas da comunidade contribuem com o trabalho na machamba do chefe ou na machamba do homem principal e guardam os produtos para os lares com necessidade. Este plano de poupança tem significado um recurso importante de apoio para os lares afectados. Contudo, os participantes indicam que eles precisam de adubos e semente para garantir uma colheita significativa que poderá ajudar os lares.

Conclusão

Os programas tais como o plano de poupança do grão mostram que as comunidades podem ser mobilizadas sistematicamente, desenvolver as suas capacidades e sustentar os esforços durante algum tempo com apoio limitado. Da mesma maneira os estudos de agricultura e extensão podem trabalhar com as comunidades para desenvolver tecnologias e programas de extensão para ajudar a mitigar o impacto do HIV/SIDA. Muito mais precisa de ser feito nesta área para que ela não permaneça um território inexplorado na abordagem multisectoral do HIV/SIDA. ❖

Gladys Mutangadura, Sociology Department, University of North Carolina, CB# 3210, Hamilton Hall, Chapel Hill, NC 27599-3210, USA; Tel: +1-919-843.6466; Fax: +1-919-962.7568; e-mail: gladys@imap.unc.edu

SIDA e saúde sexual no mundo do trabalho: a experiência da Mina Jwaneng no Botswana

Lena Tumelo

O primeiro caso de SIDA no Botswana foi diagnosticado há mais de dez anos atrás. A epidemia estava no princípio concentrada nos centros urbanos mas muito rapidamente se espalhou para as vilas rurais. Botswana tem boas estradas e uma população altamente móvel com cerca de dois ou três lugares de residência para cada lar. Neste momento, a percentagem geral de HIV estima-se a 17% da população; a percentagem é até mais alta para as pessoas de idade compreendida de 15 a 49 anos. A SIDA tornou-se uma grande ameaça para a produção e desenvolvimento económico do país; a idade média de aposentação foi diminuída para metade devido a saúde doentia. HIV/SIDA está agora no topo da agenda da política nacional e nas prioridades orçamentais do governo. O Governo, Organizações não governamentais e o sector privado estão a trabalhar para salvar a população e crescimento económico do país. Neste contexto a companhia Debswana de Diamantes desenvolveu um programa compreensivo de políticas e estratégias do HIV/SIDA que é apoiado pela forte direcção da organização. O seu programa na Mina Jwaneng é um bom exemplo do envolvimento do sector privado na luta contra SIDA.

A Mina Jwaneng Mine encontra-se na margem do Deserto de Kgalagadi, uma hora e meia de condução ao sudoeste da capital Gaborone. A mina tem sido operacional desde 1982, empregando mais de 2000 trabalhadores predominantemente homens. A cidade de Jwaneng que fica a 11 km da mina, tem quase 17,000 habitantes. Ela serve às Vilas que estão perto e também serve de ponto de paragem para os viajantes e camionistas que vão à Namíbia e África do Sul. Os testes de HIV começaram em 1989, quando o hospital local notou um grande número de casos de suspeita clínica. No ano seguinte uma equipe do hospital convidou os seus homólogos da Câmara Municipal da cidade para formar o Comité de SIDA de Jwaneng, cuja funções principais inclua a mobilização da comunidade e advocacia, conscientização sobre a SIDA e a monitorização da percentagem da prevalência do HIV através das estatísticas do hospital.

O programa de SIDA na Mina de Jwaneng

O Programa de SIDA da Mina de Jwaneng começou em 1992. A sua estrutura assemelha-se a uma árvore com as suas raízes e ramos juntados através do caule. As raízes de apoio são compostas por um forte comité de direcção que providencia o apoio necessário para uma administração efectiva do HIV/SIDA no local de trabalho. Um documento de políticas ajuda a situar o HIV/SIDA como um assunto estratégico e providencia linhas de orientação para a implementação do programa. Os grupos de apoio e serviços agem como canais para a implementação através do reforçamento das mensagens, providenciando nova informação e assistência às populações dirigidas.

O caule representa o funcionamento do programa dia a dia: O Coordenador do Programa de HIV/SIDA coordena as actividades das várias estruturas de apoio e garante que eles estejam munidos dos conhecimentos necessários e habilidades. O coordenador também tem ligações com a administração nacional da SIDA, incluindo ONGs de SIDA.

O programa possui três áreas principais

1) **Conscientização sobre SIDA** que inclui actividades diárias ou semanais que endereçam assuntos específicos para os trabalhadores e as

comunidades da área atendida pela mina. O teatro, música e drama são canais para disseminação de informação sobre mudança de comportamento e as políticas da empresa sobre o HIV/SIDA. As publicações internas possuem reportagens sobre SIDA e são distribuídas entre os trabalhadores e outros departamentos fora da mina em Jwaneng. Finalmente, estão estrategicamente a ser colocados quadros electrónicos levando mensagens sobre HIV a fim de atrair a atenção da larga população.

2) **Educação** que é compreendida por programas de educação dos pares dirigidos pela direcção da secção nas suas respectivas áreas de trabalho. Sob supervisão dos educadores de pares, são colocados materiais de leitura e vídeos no local de trabalho. O centro de atendimento e aconselhamento sobre HIV/SIDA na mina também



Na mina de Jwaneng, parece que os homens estão mais interessados no preservativo feminino do que as mulheres...

tem materiais de leitura e vídeos. Indivíduos e famílias podem ir ao centro durante as horas de trabalho para aconselhamento e podem organizar com os trabalhadores algumas sessões depois das horas de trabalho. A mina organiza seminários e workshops com temas endereçados aos diferentes grupos alvos para os trabalhadores, famílias e as comunidades locais. A mina Jwaneng também conduz treinamento no trabalho para todas as estruturas internas de apoio assim com o para os seus parceiros nos cuidados (os trabalhadores sociais de saúde, e os grupos baseados na comunidade) Os workshops sobre comunicação e saúde sexual são um bom exemplo das oportunidades onde os educadores de pares podem discutir a sexualidade humana com confiança. O curso endereça as atitudes pessoais em relação ao homem e à mulher e as vantagens e desvantagens do papel tradicional em relação ao género. As sessões entre os educadores de pares e os seus colegas de trabalho produziram mensagens claras de mudança de comportamento.

- 3) **Os Cuidados** envolvem serviços de testagem de HIV e aconselhamento voluntários para os trabalhadores, seus dependentes, contratantes e o público em geral. Os serviços baseados ao domiciliário (por exemplo, tratamento da infecções oportunistas) são providenciados em parceria com a equipe local distrital de saúde. A companhia Debswana de Diamantes é a primeira companhia no Botswana que oferece drogas antiretroviral aos seus trabalhadores e as suas esposas ou esposos através de um subsídio da empresa.

Áreas de colaboração e apoio

Para além do Programa do SIDA da mina de Jwaneng, a mina tem colaborado e apoiado outras muitas iniciativas:

- ❖ *Envolvimento da juventude e participação da comunidade*
 - Workshops sobre sexualidade e saúde reprodutiva para os trabalhadores da mina, dependentes e crianças na comunidade local.
 - Recursos e matérias de apoio técnico para as escolas na área que é servida pelo programa.
 - Educação dos pares e actividades de aconselhamento, incluindo um jardim de vegetais no local do centro, que fornece apoio em comida para os clientes atendidos no programa de cuidados ao domiciliário. Um conselheiro também facilita um grupo de apoio às pessoas vivendo com HIV/SIDA.
- ❖ *Assistência Técnica e patrocínio:* transporte, recursos humanos, treinamento, materiais e facilidades de escritório para a juventude local e grupos de adultos. Os educadores de pares dos locais de trabalho que não pertencem à mina e os voluntários da comunidade participam gratuitamente nos cursos organizados pela companhia.
- ❖ *Homem, sexo e SIDA:* treino e apoio motivacional da equipe sobre *homem, sexo e SIDA*, um programam inovador

do governo que pretende lutar contra SIDA através abordagem a questão do comportamento sexual do homem.

❖ *Comité distrital e multisectorial da SIDA:* colaboração e parceria com as diferentes e importantes partes do programa. O Director Geral da mina Jwaneng, o Oficial Médico Chefe e o Coordenador do Programa da SIDA têm sido membros do Comité Distrital e Multi-sectoral do SIDA desde o seu início. A mina Jwaneng tem patrocinado e participado em várias actividades do Comité.

Estudo do preservativo feminino

A mina Jwaneng começou recentemente um estudo sobre a aceitação do preservativo feminino entre os homens e mulheres. Uma maior aceitação do preservativo feminino poderia aumentar a opção de educação sobre HIV/ITS e mudança de comportamento. O que é mais significativo é que até a data, mais homens do que as mulheres estão interessados em conhecer mais sobre o preservativo. Nas comunidades locais do Botswana geralmente os homens decidem quando devem ter sexo, com quem e se devem ou não usar o preservativo. O estudo revelou que as atitudes tradicionais na sexualidade do homem ou da mulher precisam de mudar: para fazer face a epidemia da SIDA, os homens devem aprender a compartilhar a responsabilidade com os seus parceiros femininos e substituir a sua tradição de comportamento como "macho." O amor e o carinho podem apenas serem expressados através de um comportamento sexual responsável.

Os sucessos e as falhas: lições aprendidas

Os altos conhecimentos sobre HIV/SIDA sozinhos não podem reduzir a percentagem da infecção de HIV e o impacto da SIDA. As práticas culturais e os papeis relacionados com o género que agem como barreiras para a mudança de atitudes e práticas precisam de ser parte da nossa estratégia de comunicação e educação. As atitudes e mudança de comportamento requerem um envolvimento e interesse das pessoas em questão em 100%. A mina Jwaneng vê o seus trabalhadores como participantes chaves. A experiência da mina Jwaneng até aqui demonstrou que os planos de HIV no departamento ficam melhores se deixados com os directores das unidades porque eles compreendem melhor as operações e as necessidades na sua área. Uma lição chave aprendida é de que para se lidar com HIV/SIDA efectivamente, a direcção da companhia e a união dos trabalhadores devem decidir em ficar no mesmo lado da mesa e concordar quando estiverem a lidar com assuntos relacionados com HIV/SIDA. Ambos podem perder se a sua falta de entendimento não for resolvida rapidamente a fim de salvar vidas humanas e a vida da empresa. ❖

Lena Tumelo, Coordenadora do Programa SIDA, Debswana Jwaneng Mine, P/Bag 02; Jwaneng, Botswana; Tel: +267-721.699.23/380.271 ext. 4760; Fax: +267-381.025/381.699/380.880; e-mail: letumelo@debswana.bw

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

Editores de Gerência: Joost Hoppenbrouwer, Lindiwe Chaza-Jangira & Farai Mariga

Editores Executivos: Joost Hoppenbrouwer, Nigel Hall, Ilse Egers & Virginia Curtin Knight

Secretariado e apoio administrativo: Dorothy Timmerman & Ewa Cudowska

Assessores Editoriais: Mabel Bianco (Argentina), Ibrahima Bob (Senegal), Maria de Bruyn (USA), Carlos Cáceres (Peru), Johannes van Dam (USA), Mohamed Dramé (Ghana), Jacques du Guerny (Franzia) Moustapha Gueye (Senegal), Helen Jackson (Zimbabwe), Sue Laver (Zimbabwe), Lee Nah Hsu (Tailândia), Marina Mahathir (Malásia), Ruben Mayorga (Guatemala), Nafsiah Mboi (Indonésia), Sue Newman (Israel), Rakesh Rajani (Tanzania), Kordula Schulz-Asche (Alemanha), Octavio Valente-Junior (Brasil).

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

ISSN: 1388-3046