



Vita

**MULHER, SIDA E O ACESSO À SAÚDE
NA ÁFRICA SUBSAHARIANA,
SOB A PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS**

ORGANIZAÇÃO DE

Medicus Mundi Catalunya

C/Elisa 14, bajos

08023 Barcelona

Tel. + 34 93 418 47 62. Fax. + 34 93 418 48 66

E-mail: catalunya@medicumundi.es

<http://www.medicumundi.es/catalunya/>

COORDENAÇÃO CIENTÍFICA E TÉCNICA

Maria Cristina Álvarez Degregori, Direcção científica do Projecto, Medicus Mundi Catalunya

Esther Leandro Reguillo, Directora do Dto de Projectos, Medicus Mundi Catalunya

Susan DiGiacomo, Coordenação científica do Grupo de Trabalho Interdisciplinar, Medicus Mundi Catalunya

GRUPO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR

Elizabeth Madraa, Ministério da Saúde, Uganda

Cristiano Matsinhe, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo - Moçambique

Ana Maria Loforte, Universidade Eduardo Mondlane, Maputo - Moçambique

Harriet Birungi, Population Council, Nairobi- Kenia

Ezekiel Kalipeni, Universidade de Illinois em Urbana-Champaign - Estados Unidos

Elsa Jacinto, Ministério da Saúde - Moçambique

Noerine Kaleeba, TASO - Uganda

Susan Levine, Universidade da Cidade do Cabo - África do Sul

Arachu Castro, Universidade de Harvard - Estados Unidos

Joanne Wreford, Universidade da Cidade do Cabo - África do Sul

Joan Muela Ribera, Pass-International e Universidade Autónoma de Barcelona- Espanha

Iqbal Hussain Shah, Organização Mundial da Saúde (OMS)

Maria Cristina Álvarez Degregori, Grupo Interdisciplinar de Investigação sobre Cultura e Saúde (Grupo ICS), Medicus Mundi Catalunya

COLABORAÇÃO

Joan Muela Ribera, Pass-International e Universidade Autónoma de Barcelona- Espanha

María Fernández Hontañón, Membro da junta directiva, Medicus Mundi Catalunya

Amalia Fernández, Departamento de Comunicação, Medicus Mundi Catalunya

Margarida García, Departamento de Comunicação, Medicus Mundi Catalunya

Xavier Gabarró Díaz, Voluntário, Medicus Mundi Catalunya

Com o financiamento da Agência Espanhola de Cooperação (AECI), no âmbito do Programa VITA

O Programa VITA, Programa de Cooperação para o Desenvolvimento em Saúde para África, nasce em Janeiro de 2004, impulsionado pela Agência Espanhola de Cooperação Internacional, do Ministério de Assuntos Externos e de Cooperação e constitui um esforço para obter a máxima coordenação e complementaridade espanhola para o desenvolvimento do sector da saúde em África.

O Programa VITA conta com a participação dos Ministerios de Sanidad y Consumo, de Economía y Hacienda, de Educación y Ciencia y de Industria, Comercio y Turismo; e das seguintes Comunidades Autónomas: Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Gobierno de Cantabria, Región de Murcia, Gobierno de La Rioja, Generalitat Valenciana, Gobierno de Aragón, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de Navarra, Gobierno de Illes Balears, Comunidad de Madrid y Junta de Castilla-León.

www.aeci.es/vita

TRADUÇÃO

Armando Jorge Lopes ; Faculdade de Ciências Sociais UEM. Ana Edite Mendonça ;

Faculdade de Medicina UEM. UEM: Universidade Eduardo Mondlane, Maputo - Moçambique

© Medicus Mundi Catalunya

Reserva de todos os direitos.

Medicus Mundi Catalunya

C/Elisa 14, bajos

08023 Barcelona

DESENHO E MAQUETIZAÇÃO

Joan Luzzatti

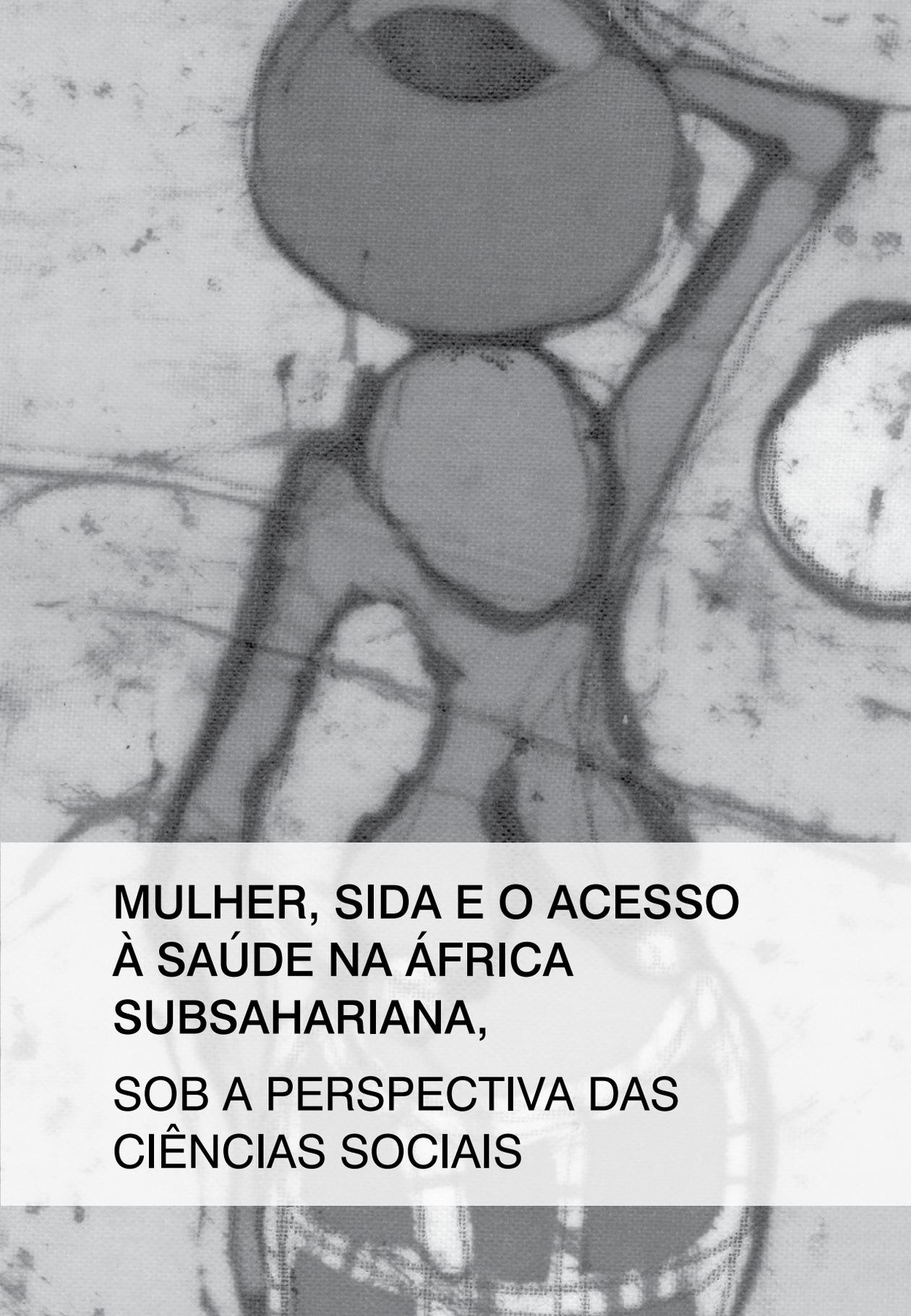
ILUSTRAÇÃO:

TEMBE (Moçambique)

Depósito legal: B-26611-2007

Impressão: Gráficas Lluís S.L., Fevereiro de 2007

Pode fazer o download gratuito deste livro, em formato pdf, em www.aeci.es/vita e www.medicumundi.es/catalunya

A black and white photograph of a woman carrying a large, round object on her head, with another person visible in the background. The image is grainy and has a high-contrast, almost halftone-like texture. The woman is in the foreground, and the other person is in the background, both appearing to be in a rural or outdoor setting.

**MULHER, SIDA E O ACESSO
À SAÚDE NA ÁFRICA
SUBSAHARIANA,
SOB A PERSPECTIVA DAS
CIÊNCIAS SOCIAIS**

PREFÁCIO

Leire Pajín Iraola
Secretaria de Estado para Cooperação Internacional

Por ocasião do Dia Internacional da Mulher do ano de 2006 celebrou-se em Maputo (Moçambique) o *I Encontro de Mulheres por um Mundo Melhor* no qual participaram representantes de diferentes organizações e dos governos de Espanha e de vários países africanos. Por iniciativa do nosso governo e do país anfitrião, e pela primeira vez na cooperação espanhola, tivemos a oportunidade de assentar as bases de um trabalho eficaz para o desenvolvimento de África com a premissa da perspectiva de género.

Um dos frutos do encontro de Maputo foi a “Declaração de Moçambique”, onde podemos ler, entre outros compromissos, o de melhorar o acesso das mulheres aos recursos e serviços de saúde para promover maiores níveis de saúde e bem-estar e adoptar medidas destinadas a mitigar o impacto do HIV/SIDA.

O Plano Director 2005-2008 da Cooperação Espanhola destaca o compromisso de trabalhar sob esta perspectiva ao definir a equidade de género como uma das suas prioridades horizontais, considerando o aumento das capacidades e a autonomia das mulheres como uma dimensão imprescindível em todas as acções de cooperação.

Há que destacar, também, como mecanismo de coordenação de actores o Programa VITA¹, que conta nas suas linhas de trabalho com a luta contra as doenças transmissíveis com especial atenção ao HIV/SIDA. Assim, a secretaria executiva apoiou esta publicação, que pressupõe o começo do cumprimento do compromisso assumido na reunião de Maputo.

Por outro lado, o Plano África 2006-2008 destaca a relevância política que se quer dar ao continente mais próximo do nosso país. Com a redacção e colocação em marcha deste plano, assentam-se as bases de um compromisso real com o continente e com a região da África Subsahariana em concreto. Devemos ter em conta a proximidade em todos os sentidos dos cidadãos e cidadãs africanas e como a globalização, apesar de ter acentuado em parte as desigualdades internacionais, aproximou também a realidade dos países mais empobrecidos à dos países mais enriquecidos.

Com estes pontos de partida reforça-se o compromisso do Governo espanhol de trabalhar pela promoção e pela igualdade de homens e mulheres com especial ênfase na autonomia, no acesso aos recursos e na tomada de decisão destas.

A primeira etapa na materialização deste compromisso desenvolveu-se durante as jornadas realizadas em Novembro de 2006 em Barcelona sob o tema “As ciências sociais e o acesso das mulheres africanas aos serviços de saúde sexual e reprodutiva / HIV/SIDA”. Nestas jornadas participaram especialistas internacionais, homens e mulheres, destacando-se o envolvimento de africanas e africanos que apresentaram temas relativos ao trabalho que está sendo desenvolvido em África para reduzir o impacto da doença e sobretudo que abordagens de carácter social e comunitário são necessárias para que esse trabalho seja efectivo.

É necessário reconhecer a relevância dos condicionantes estruturais que fazem com que determinadas populações tenham um risco muito maior de sofrer determinadas doenças. A qualidade dos serviços de saúde e os serviços públicos em general, as comunicações e os transportes, a defesa dos direitos humanos, a qualidade dos sistemas educativos, o conceito de sexualidade e a feminização da pobreza, entre outros, são factores directamente relacionados com as probabilidades de contrair a doença do SIDA ou de aceder ao tratamento. Também é necessário ter em conta a importância da construção social da doença e a condição imprescindível de enfrentar o problema sob uma perspectiva multidisciplinar e ampla.

O fruto do trabalho iniciado em Maputo e posto em marcha em Barcelona, as experiências dos seus participantes, os consensos e as conclusões a que se chegou são os resultados que se publicam neste guia. Esperamos que este documento chegue às instituições públicas e privadas, espanholas e africanas que trabalham na luta contra a doença e enriqueça o seu trabalho. Pretendemos assim aumentar a qualidade das acções de desenvolvimento dirigidas para a diminuição do impacto do SIDA para que juntos lutemos pelo alcance da meta número 7 dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, horizonte da cooperação espanhola.

1 Ver www.aeci.es/vita

Agradecimentos:

A todos os colegas com quem compartilhamos as *Jornadas Contribución de las Ciencias Sociales en la Salud Pública y los Programas de VIH/sida en el África Subsahariana*, realizadas em Barcelona em Abril de 2006, e que não participaram neste grupo de trabalho por se tratar de um tema mais específico, mas que sem dúvida nos transmitiram a confiança e o entusiasmo que nos animou a avançar um passo mais na experiência:

Anna Cirera, Josep Maria Comelles, Manuel Corachán, Helena Drobna, Silvia Ferazzi, Juan Garay, Asunción García, Emidio Gune, Sara MacKian, Ángel Martínez, Alphonse McDonald, Clément Mufuzi, Michael Muyonga, José-Antonio Nieto Piñeroba, Marga Pla, Claudia Quiceno, Izabella Rohlf, Oriol Romaní e Gustavo Wilches-Chaux.

E também aos convidados e convidadas, Nee Mensah Afiavi, Ngary Sylla Ba, Assumpta Lucienne Françoise Bella, Atte Diop, Joyce Dodoo, Margaret Kimoli, Gebre-Egzbiabher Kiros, Damer-Haile Mariam, Muluken Melese Aseresa, Marina Margarida Montenegro Agorostos Karagianis, Chiratidzo Ellen Ndhlovu, Elizabeth Mwikali Ngala, Etienne Nnomzo'o, Samson Hezron Winani, Tsegay Legesse Woldeyohannes e Justine Zue Essono.

A Laura Mascarella, que contribuiu com sugestões especialmente úteis para a concepção da metodologia com que trabalhamos nos dias em que estivemos reunidos partilhando ideias, discutindo conteúdos e elaborando este livro.

À equipa do Programa VITA, aos Escritórios Técnicos de Cooperação da AECI e às embaixadas espanholas nos países de origem dos participantes, que facilitaram a tramitação de vistos e outros procedimentos administrativos.

E por último, a todos os membros do Grupo de Especialistas, participantes na elaboração deste livro, que responderam positivamente à nossa primeira chamada, apesar do curto tempo disponível e do esforço que significava cumprir com os prazos que tínhamos.

ÍNDICE

Introdução	11
Preâmbulo	17
<i>Acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva em Moçambique: Uma análise sobre a cultura organizacional e os obstáculos institucionais</i> Cristiano Matsinhe	19
<i>Inequidades e Valores em Saúde Reprodutiva: Vulnerabilidade das Mulheres num Contexto de Feminização da SIDA</i> Ana Maria Loforte	27
<i>Noções de Sexualidade: Respondendo aos Sonhos e Desejos de Jovens com Infecção Perinatal por HIV no Uganda</i> Harriet Birungi	37
<i>As Múltiplas Dimensões da Vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África: Uma Perspectiva das Ciências Sociais</i> Ezekiel Kalipeni	45
<i>A Experiência da Participação Comunitária em Moçambique no Acesso aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva</i> Elsa Jacinto	61
<i>Vencendo Obstáculos na Prestação de Cuidados de Saúde, Apoio e Tratamento do HIV/SIDA através de uma Parceria entre Sector Público, Sector Privado e Sociedade Civil: A Experiência da TASO no Uganda</i> Noerine Kaleeba	69
<i>Os Media como meios de Intervenção Médica: O HIV/SIDA e a Luta pelos Cuidados de Saúde Reprodutiva da Mulher na África do Sul</i> Susan Levine	79
<i>Sexualidade e Relações de Género na Transmissão do HIV: Propostas de Investigação na Área da Prevenção</i> Arachu Castro	89
<i>Aproximação ou Resistência? Utilizando Princípios e Práticas da Cura Tradicional para Intensificar o Tratamento contra o HIV/SIDA na África do Sul.</i> Joanne Wreford	95
<i>Pluralismo Médico em África</i> Joan Muela	105
<i>Falando das Necessidades em Saúde Sexual e Reprodutiva: A Utilização Apropriada e Oportuna dos Métodos de Pesquisa Qualitativa</i> Iqbal H. Shah	117
<i>Perspectivas da Antropologia Médica Crítica sobre a circuncisão masculina para prevenir o HIV</i> María Cristina Álvarez Degregori	127
Conclusões Gerais	139

INTRODUÇÃO

María Cristina Álvarez Degregori

Direcção Científica do Projecto
Medicus Mundi Catalunya

No mês seguinte ao *I Encuentro de Mujeres por un Mundo Mejor*, Medicus Mundi Catalunya¹ realizaram-se em Barcelona as Jornadas sobre a “Contribución de las Ciencias Sociales a la Salud Pública y los Programas de VIH/sida en el África subsahariana”² no âmbito dos projectos VITA³. Estas jornadas foram concebidas sob o prisma de que muitos dos indicadores chave para medir o avanço dos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio estão relacionados com o estado de saúde da população, sendo evidente que, em grande parte, estes dependem de um importante conjunto de factores relacionados com as desigualdades e inequidades existentes entre o norte, e o sul, com debilidades estruturais dos próprios países e seus sistemas de saúde, ou com factores sócio-culturais cuja interacção com os determinantes biológicos da doença definem um cenário complexo no qual determinantes sociais jogam um papel importante, por vezes definitivo, no sucesso ou no insucesso dos programas.

As jornadas tiveram como objectivo sensibilizar os participantes sobre a contribuição e o potencial das ciências sociais para um abordagem holística, interdisciplinar e multisectorial da pandemia HIV/SIDA, dirigida para a saúde pública em geral e neste caso em especial, sob uma perspectiva ampla onde as ciências sociais podem contribuir com quadros conceptuais e instrumentos úteis para a planificação, análise, implementação e avaliação de projectos ou políticas de saúde.

Decorrente da oportunidade criada, reunimos especialistas em ciências sociais, locais e estrangeiros, muitos provenientes de África e representantes da OMS, UNESCO e Fundo Mundial para apresentar um itinerário conceptual e aplicado dos principais objectivos da abordagem dos programas de saúde pública sob o ponto de vista das ciências sociais. Também convidámos catorze profissionais – quadros técnicos de instituições de saúde da África Subsahariana envolvidos nos programas locais de combate ao HIV/SIDA –, e convocámos para a participação no encontro as ONGs, agências de cooperação, instituições internacionais, entidades financiadoras e outros actores interessados na análise, investigação ou

implementação de programas de saúde, com especial interesse naqueles destinados à luta contra o SIDA em África; isto é, actores que interagem no âmbito espanhol com os países africanos.

A ideia deste livro foi concebida no âmbito daquelas jornadas quando, nos trabalhos de grupo, para elaborar de forma conjunta as conclusões do evento, os próprios participantes manifestaram interesse de aprofundar os temas abordados, com a mesma perspectiva mas concentrando-se em temas chave para a saúde pública, e ao mesmo tempo mantendo o espírito de intercâmbio de conhecimentos, a nível interdisciplinar, interterritorial, intercontinental, interinstitucional e inclusivamente interpessoal, que resultou tão rico naqueles dois dias intensamente partilhados. Um intercâmbio de conhecimentos e experiências capaz de transcender o âmbito do encontro e ser de utilidade para todos aqueles que lidam com problemas de saúde pública, atravessados por realidades sociais e culturais para cuja abordagem e melhor compreensão podem contribuir as ciências sociais.

O tema deste livro surge da própria Declaração de Moçambique na qual se concordou melhorar o acesso das mulheres aos serviços e às acções de saúde e lutar contra as doenças transmissíveis e tropicais, especialmente contra o HIV/SIDA (Declaração de Moçambique sobre a Mulher e o Desenvolvimento 2006). Também se inspira na experiência de Medicus Mundi Catalunya em Moçambique, uma vez que concebemos precisamente uma abordagem sócio-sanitária para trabalhar sobre o acesso das mulheres aos serviços de saúde, abordagem de que estamos a obter resultados muito enriquecedores através de um projecto de investigação aplicada sob o ponto de vista das ciências sociais com uma equipa formada por médicos, antropólogos, educadores sociais e um geógrafo social.

Neste contexto, a mulher e o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva configuram as primeiras ideias “chave”, que se equilibram entre duas realidades coexistentes; uma relacionada directamente com os indicadores sanitários que expõem a vulnerabilidade das mulheres nos países de mais baixo rendimento aos quais compete a sua saúde sexual e reprodutiva, e outra relacionada com o desequilíbrio estrutural dos direitos

1 <http://www.medicusmundi.es/catalunya>

2 <http://www.jornadaSidafrica.org>

3 <http://www.aeci.es/vita/>

fundamentais no qual a mulher representa a componente mais frágil. Portanto, nenhuma doença como o SIDA e a sua evolução na África Subsaariana pôs mais em evidência que a saúde pública é um prisma de muitos lados no qual, na hora de planificar intervenções destinadas à prevenção, ao tratamento e aos cuidados de saúde ou a avaliar os seus resultados, devem ser considerados elementos tanto médicos como não médicos.

Com esta perspectiva, foi desenhado um projecto para a construção deste livro, baseado num fio condutor que aborda temas chave – na perspectiva das Ciências Sociais – no acesso das mulheres aos serviços de saúde, no contexto do SIDA e da África Subsaariana, e que foram a pedra basilar para definir o perfil dos especialistas que convocámos para participar no trabalho, a maior parte participantes também das jornadas anteriores.

Cada participante encarregou-se pela elaboração de um capítulo centrado num tema de seu domínio e experiência profissional, atendendo às orientações que apresentámos para a sua contribuição no conjunto do programa. O núcleo operativo do projecto foi um workshop, onde os especialistas se reuniram durante cinco dias. Todos se apresentaram no encontro com o primeiro esboço escrito do seu capítulo.

Durante os dois primeiros dias do encontro cada autor apresentou o seu capítulo, seguido de debate com os restantes membros do grupo de trabalho. Durante o tempo todo, para facilitar a comunicação, houve tradução simultânea em três línguas: inglês, português e castelhano. O terceiro dia destinou-se ao trabalho individual de cada participante, após a reflexão e o intercâmbio de opiniões sob perspectivas disciplinares diferentes dos dias anteriores. Finalmente, nos últimos dois dias apresentou-se e debateu-se novamente cada capítulo, desta vez na versão final, e também as conclusões gerais do trabalho conjunto durante uma semana.

Elizabeth Madraa, autora do prefácio, não pôde participar fisicamente no workshop, mas em alternativa, graças à comunicação por Internet, acompanhou todo o processo e dispôs de toda a informação produzida. Este livro é produto de oito meses de trabalho intenso constituído por várias etapas: concepção do projecto e desenho da sua

base conceptual, selecção dos especialistas, definição da metodologia de trabalho, preparação e realização do workshop e finalmente a elaboração editorial.

A seguir comentamos os conteúdos por capítulos e autor:

No Capítulo I, “Acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em Moçambique. Uma análise sobre a cultura organizacional e os obstáculos institucionais”, Cristiano Matsinhe questiona as análises sobre a acessibilidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os de prevenção e atenção ao HIV/SIDA, destacando os «aspectos socioculturais» e a escassez de recursos humanos e materiais. Na sua análise incorpora a dimensão institucional e formal dos serviços de saúde no campo da cultura. Neste contexto indica que as reflexões sobre o acesso e a qualidade dos serviços de saúde prestados devem considerar que o funcionamento do sistema de saúde é também constituído por aspectos sociais, e que se caracteriza por um conjunto de práticas, valores e hábitos cultural e contextualmente estabelecidos, que necessitam de ser constantemente reavaliados, independentemente da escassez quantitativa de recursos materiais, financeiros e humanos.

No Capítulo II, “Inequidades e valores em saúde reprodutiva. A vulnerabilidade das mulheres num contexto de feminização do SIDA”, Ana Maria Loforte destaca que as escolhas reprodutivas e o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva estão condicionados pelas desigualdades de género, pelo estigma e pela discriminação num contexto de alta prevalência do HIV/SIDA. O centro de interesse da análise de Loforte é o conceito de género entendido como relacional e transversal, interactivo com o capital cultural, como consequência e não como condição, que determina por si só diferentes níveis de vulnerabilidade. Esta análise situa três dimensões: comportamental, cognitiva e programática, que enquadram as dificuldades das mulheres de acesso aos serviços e à adequada atenção e prevenção do HIV/SIDA.

No Capítulo III, “Noções de sexualidade: respondendo aos sonhos e desejos dos jovens com infecção perinatal por HIV no Uganda”, Harriet Birungi, argumenta que a programação de tudo

o que é relativo ao HIV/SIDA deve ter em conta a sexualidade, sonhos e desejos dos jovens HIV+, e deve também oferecer uma orientação efectiva sobre a sexualidade, de maneira a que possam tomar decisões informadas e sejam capazes de equilibrar a sua responsabilidade com seus direitos tanto sexuais como reprodutivos. A autora refere a necessidade de potenciar a vinculação entre a investigação e as intervenções junto dos gestores de programas, dos políticos e dos beneficiários, já que o interesse quase exclusivo pelas implicações negativas da sexualidade tem dificultado uma abordagem mais ampla da própria sexualidade e da sua aplicação nos programas perante o HIV/SIDA.

No Capítulo IV, “As múltiplas dimensões da vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África: uma perspectiva das ciências sociais”, Ezequiel Kalipeni e colaboradores desenvolvem um quadro conceptual para a identificação das causas principais da vulnerabilidade perante a epidemia do HIV/SIDA em África. Também destacam múltiplas dimensões da vulnerabilidade que constituem um intrincado conjunto de obstáculos que limitam o acesso à assistência médica das pessoas (especialmente, das mulheres e das crianças). O argumento central do capítulo é a convicção dos autores de que a análise das múltiplas dimensões da vulnerabilidade perante a epidemia do HIV/SIDA na África Subsaariana pode oferecer informação útil para a aplicação de intervenções sobre os objectivos concretos que permitam reduzir a gravidade e o impacto da doença.

No Capítulo V, “A experiência da participação comunitária no acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva em Moçambique”, Elsa Jacinto apresenta a experiência aplicada do Ministério de Saúde, que adoptou a estratégia de integrar a oferta de serviços no âmbito da Atenção Primária da Saúde. Isso permitiu a optimização dos recursos escassos, a atribuição de poder à mulher e a participação das comunidades nas actividades de saúde, para melhorar o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e controlo do HIV/SIDA.

No Capítulo VI, “Vencendo os obstáculos na prestação de cuidados de saúde, apoio e tratamento do HIV/SIDA através de uma parceria entre o sector público, privado e sociedade civil: a experiência da TASO no Uganda”, Noerine Ka-

leeba analisa o sucesso do Uganda ao reduzir a prevalência do HIV de 22% para 6% em menos de 10 anos. Um sucesso que atribui em grande parte à associação que se iniciou desde o primeiro momento entre os sectores público e privado, e à sociedade civil, sob a liderança do presidente do país. Esta associação permitiu uma extraordinária atitude de franqueza em relação à pandemia entre os diferentes níveis sociais, e que é outro factor chave nos resultados obtidos. Neste contexto e através da experiência da TASO, uma organização de apoio a pessoas com HIV/SIDA, a autora aborda os pilares de uma abordagem integral de resposta social à epidemia, com especial atenção à população mais vulnerável, as mulheres, as crianças e os mais pobres.

No Capítulo VII, “Os média como meios de intervenção médica: o HIV/SIDA e a luta pelos cuidados de saúde reprodutiva da mulher na África do Sul”, Susan Levine relata a sua experiência com as mulheres através da investigação levada a cabo com um cinema móvel e documentários não prescritivos em comunidades nas quais o silêncio e o medo dominam a pandemia do HIV/SIDA. Este artigo indica o estigma e a desigualdade estrutural como sendo os principais obstáculos para que as mulheres acedam a serviços de saúde adequados. O estudo demonstra como se pode reduzir ou mesmo eliminar este obstáculo através do apoio da média, cujo objectivo é iniciar o debate sobre o HIV/SIDA e romper os silêncios que intensificam o sentimento de isolamento das mulheres e que as impede de procurar assistência sanitária em zonas rurais e urbanas da África Meridional.

No Capítulo VIII, “Sexualidade e Relações de Género na Transmissão do HIV: Propostas de Investigação na Área da Prevenção”, Arachu Castro propõe a investigação como forma de antecipar os obstáculos que possam encontrar-se na distribuição e utilização de métodos de barreira, como os microbicidas para prevenir o HIV; um estudo sobre a “economia do sexo”, que se refere ao espaço complexo pessoal e social no qual ocorrem as relações sexuais. A ideia principal do capítulo de Castro é que o estudo da função social do sexo resulta crucial para prevenir a transmissão do HIV e antecipar obstáculos na distribuição e usode microbicidas.

No Capítulo IX, “Aproximação ou resistência? Utilizando os princípios e práticas da cura tra-

dicional para intensificar o tratamento contra o HIV/SIDA na África do Sul”, Joanne Wreford refere as dificuldades de relação da biomedicina com os sistemas de cura tradicionais africanos, o que limita os benefícios de um aliado potencial perante a epidemia do SIDA na África do Sul. Em contrapartida, uma combinação de factores sociais, económicos e culturais concorrem para que os curandeiros tradicionais sejam uma alternativa, e muitas vezes a primeira escolha de consulta, na opção de uso dos serviços por parte da população. Joanne questiona a abordagem educativa e unidireccional adoptada normalmente nos esforços colaborativos e propõe uma abordagem ampliada com vista à cooperação médica intersectorial e, com esse fim, propõe uma participação adequada da farmacopeia tradicional e da prática ritual dos amagqirha/izangoma na planificação e implementação das intervenções biomédicas para o HIV/SIDA.

No Capítulo X, “Pluralismo Médico em África”, Joan Muela apresenta um quadro conceptual para investigar o pluralismo médico, centrado na sua dimensão etnográfica, isto é, na análise de como distintas representações, práticas e instituições médicas coexistem e são utilizadas numa determinada comunidade ou região. A partir de uma perspectiva aplicada aos programas de saúde pública o autor apresenta uma série de temas que devem ser estudados para compreender o uso e o acesso às medicinas por parte da população, desde as características das diferentes medicinas que coexistem, às representações da doença, ou outros factores como a proximidade social na relação terapeuta-doente, a proximidade cultural ou o carisma dos especialistas.

No Capítulo XI, “Falando das necessidades em saúde sexual e reprodutiva: a utilização apropriada e oportuna dos métodos de pesquisa qualitativa”, Iqbal H. Shah descreve o potencial científico único que oferece a metodologia de investigação qualitativa para o conhecimento e a análise dos factores socioculturais e do comportamento que fazem com que homens e mulheres fiquem expostos ao risco de infecção pelo vírus de imunodeficiência humana (HIV) ou ao sofrimento por infecções de transmissão sexual (ITS), e que limitam o seu recurso aos serviços assistenciais. Ao mesmo tempo, revê de maneira crítica a aplicação dos métodos de investigação qualitativos na

saúde pública e define os factores que impedem ou facilitam o seu uso e o seu impacto programático. Também refere a triangulação de um ou mais métodos qualitativos e de um método quantitativo como uma abordagem óptima para a fundamentação das decisões políticas.

No Capítulo XII, “Perspectivas da antropologia médica crítica sobre a circuncisão masculina para prevenir o HIV”, M^a Cristina Álvarez Degregori faz uma reflexão sobre o impacto das circuncisões masculinas, na África Subsahariana, como estratégia preventiva na transmissão mulher-homem do HIV. Neste capítulo são apresentados uma série de co-factores, que por causa de uma falta notória de análise etnográfica, são omitidos na maioria dos estudos que orientam as políticas “procircuncidoras”. Estes co-factores estão relacionados com processos, dinâmicas e resignificações culturais que podem gerar a intervenção na construção social da masculinidade, nas desigualdades de poder, nas relações de género, nas práticas sexuais e na vulnerabilidade das mulheres e raparigas perante o contágio do HIV.

Em todos os capítulos se incorporou, de forma muito simplificada e à maneira de apontamentos, uma selecção dos temas mais relevantes discutidos pelo grupo após as apresentações nos últimos dois dias do workshop. Indubitavelmente não reflecte a riqueza do intercâmbio de ideias e experiências que teve lugar. Para isso precisaríamos elaborar outro livro, mas considerámos importante deixar um registo impresso, ainda que sucinto, do exercício interdisciplinar que nutriu sem dúvida os conteúdos finais de cada capítulo.

Este livro não pretende ser nem um manual nem uma guia, mas uma abordagem na perspectiva das ciências sociais a uma problemática da saúde pública, objectivo do milénio e direito fundamental, como é o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva dos sectores da população mais vulneráveis; as mulheres no contexto do SIDA na África Subsahariana. Uma aproximação que permita ao leitor e à leitora reconhecer problemas comuns na sua prática quotidiana com uma abordagem diferente da biomédica, uma abordagem que contribua para identificar com mais clareza factores muitas vezes esquecidos, no entanto decisivos para o resultado final das políticas, dos programas ou dos projectos de saúde.

É um livro que mantém a vocação de diálogo e intercâmbio com que nasceu. Para isso estão disponíveis no fim do livro as direcções electrónicas dos autores e de Medicus Mundi Catalunya, onde estamos abertos ao contacto com os leitores.

Para todos aqueles implicados no desenho de políticas, de programas e de projectos de saúde, destinados a facilitar o acesso das mulheres aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, a sua implementação ou a sua avaliação, este livro é uma mensagem colectiva, unânime e solidária dos autores e de Medicus Mundi Catalunya, para os animar a incorporar as ciências sociais com a finalidade de ampliar o quadro de conhecimentos e o prisma de observação para, em última instância, melhorar os resultados.

O ELO AUSENTE NA ABORDAGEM DOS DESAFIOS RELACIONADOS COM A EPIDEMIA DO HIV/ SIDA EM PAÍSES DA ÁFRICA SUBSAHARIANA

Dr. Elizabeth Madraa

emadraa@yahoo.com

Programa Nacional de Controlo das DTS/SIDA

Ministério da Saúde, Uganda

Há evidência suficiente que prova que as infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV, continuam a não receber atenção nos serviços de saúde reprodutiva; no entanto, as infecções por HIV, na sua maior parte, são transmitidas sexualmente e estão intimamente associadas à gravidez, parto e aleitamento materno. Para além disso, as causas principais dos problemas de saúde reprodutiva e do HIV/SIDA são semelhantes porque estão relacionadas com factores sociais e culturais, a pobreza, o género, a desigualdade e a marginalização das populações mais vulneráveis, particularmente as mulheres. Por isso, ao forjarem-se elos mais próximos entre a saúde reprodutiva e sexual e o HIV/SIDA obtêm-se benefícios significativos conseguindo-se assim reduzir as infecções por HIV/SIDA transmitidas da mãe para o filho. Isto poderia, por sua vez, permitir que se chegasse até 2015 ao acesso universal aos serviços de saúde reprodutiva, invertendo a epidemia do SIDA e mitigando o seu impacto nestes grupos vulneráveis.

Passam agora duas décadas desde a altura em que a epidemia do HIV/SIDA devastou o mundo pela primeira vez. Embora a situação na Europa e na América do Norte pareça estar controlada, o continente asiático, a Europa do Leste e a África a sul do Sahara continuam a lutar contra o impacto mais severo da epidemia. A África a sul do Sahara alberga agora mais de 60 por cento da população mundial infectada pelo HIV/ SIDA. As estratégias inicialmente delineadas para a prevenção, cuidados de saúde e tratamento do HIV parecem não ter tido impacto na redução de novas infecções por HIV na região porque essas estratégias nunca incluíram o elo necessário para completar a abordagem ao problema: os factores culturais e sociais. Adoptámos e implementámos estratégias sem ter em conta o enquadramento social e cultural em que vivem as pessoas infectadas e afectadas pelo HIV/SIDA. As desigualdades de género e as vulnerabilidades especiais da mulher e da rapariga nunca foram tomadas em conta em programas de prevenção contra a infecção por HIV neste sector da população. Embora se saiba que a infecção por HIV na África Subsaariana é transmitida heterossexualmente numa percentagem de 80 por cento, não se tem articulado este dado com a saúde sexual e reprodutiva no seio das raparigas e mulheres em idade reprodutiva. É, por isso, que mais crianças continuam a nas-

cer com a infecção do HIV adquirida através de mães infectadas, e mais raparigas e mulheres continuam a ser infectadas pelo HIV.

Elaboraram-se e foram postas em prática estratégias visando mudanças de comportamento sem recurso a conhecimentos da antropologia e outras ciências sociais, os quais teriam contribuído para uma maior aceitação de meios tão manifestamente importantes para a prevenção contra o HIV como o preservativo. Para além disso, a sociedade civil e as organizações comunitárias ficaram de fora do quadro. A aceitabilidade de serviços como o aconselhamento e testagem do HIV, cuidados de saúde e apoio social, e o uso de ARVs é negociada num contexto social e cultural mais amplo a que não nos podemos dar ao luxo de ignorar. Se África está determinada a controlar a epidemia do HIV/SIDA nos próximos 10 anos, temos de abandonar estas abordagens falhadas e desenvolver novas estratégias que tratem das forças condutoras da epidemia no continente. Devemos fazer incidir a atenção sobre grupos nucleares, tais como trabalhadoras de sexo, força de trabalho migratória, pessoas deslocadas no interior do país e refugiados, e considerar questões como a integração de género no HIV/SIDA, assegurar a disponibilidade de métodos de defesa que a mulher pode ter ao seu alcance e pode controlar, direitos humanos, pobreza, guerra, insegurança, migração e emigração, e outras forças que têm impacto significativo no sucesso de qualquer política de prevenção do HIV.

Por fim, a pesquisa sobre o HIV/SIDA não deve constituir campo exclusivo da bio-ciência. Registrar-se-ão avanços se os pesquisadores das ciências do comportamento e da biologia elaborarem projectos de investigação conjuntos, que reconheçam que todas as doenças, incluindo as doenças epidémicas, fazem parte de processos sociais e culturais mais amplos e que não podem ser tratadas independentemente desses processos. A introdução de novas práticas é susceptível de ser melhor sucedida se for associada a práticas culturais existentes. É altura de África elaborar as suas próprias estratégias para controlar a pandemia do HIV/SIDA e diminuir o seu impacto, especialmente, nos grupos vulneráveis. O presente livro constitui um primeiro passo nesta direcção.

ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM MOÇAMBIQUE: UMA ANÁLISE SOBRE A CULTURA ORGANIZACIONAL E OS OBSTÁCULOS INSTITUCIONAIS

Cristiano Matsinhe,
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Departamento de Arqueologia e Antropologia
Universidade Eduardo Mondlane

“A questão certamente não é saber se o vírus existe lá antes de qualquer olhar curioso, mas se, a partir do momento em que ele se transforma em símbolo da doença com a qual ele foi construído, ele tem poder explicativo e é eficiente para orientar uma intervenção eficaz. Ele é um artefacto biológico, foi feito pelos cientistas como todos os outros artefactos humanos, da roda ao computador.”

Sérgio Carrara, 1994

“Medical belief systems are specific to society which produces them”

K. White, 1991

SISTEMAS DE SAÚDE E BIOMEDICINA COMO CONSTRUTOS SOCIAIS

As noções sobre os serviços de saúde, sistemas de saúde e práticas de busca e prestação de cuidados de saúde não são necessariamente percebidas e operacionalizadas de formas semelhantes em todos os contextos, mesmo quando, em alguns casos, o ponto central da questão possa ter uma mesma base biológica, fisiológica ou orgânica, se quisermos deixar de lado, outras dimensões de doença, como a dimensão espiritual, por exemplo.

Este pressuposto instiga-nos a ter que pensar os sistemas e instituições de saúde numa perspectiva relativista, contextualizada, mesmo tendo em mente a dimensão globalizante do discurso e representações hegemónicas da bio-medicina moderna que é, ela também, socialmente construída e, portanto, passível de ser assim apreendida.

Proceder dessa forma significa manter uma constante abertura para analisar as formas de actuação dos sistemas de prestação de serviços de saúde e compreender as mutações que constantemente lhes (re)configuram e suas implicações na ampliação do acesso, relevância e qualidade dos serviços prestados.

Manter um permanente diálogo (auto)reflexivo e analítico em relação aos aspectos de saúde e doença não é uma proposta nova. A antropologia médica dos anos 60, e mesmo muito antes disso, apontou nessa direcção, realçando a importância de, entre outros assuntos, estudar-se a génese e as dinâmicas estruturantes das instituições de

prestação de assistência de saúde, embora a ênfase tenha sido posta, nessa altura, nas instituições de saúde mental (White, 1990).

Outros cientistas sociais e antropólogos, sobretudo os de tradição americana investiram na compreensão do fenómeno doença, com distinções entre a manifestação patológica ou a ordem biológica da doença, a percepção individual e subjectiva da doença e a ordem cultural.

Paralelamente, as etnografias clássicas de origem inglesa enfocaram na necessidade de compreender as práticas de cura, teorias da doença, especialmente as noções de demência e corpo, as acusações de feitiçaria, os cultos de posseção, os rituais de cura.

Em todo esse íterim, como bem apontou White (1990: 2) vários elos foram estabelecidos entre o pensamento médico e o antropológico na constituição de práticas científicas e institucionais, realçando-se duas premissas:

- 1) A bio-medicina não é uma ciência natural, mas actos que visam transformar um leque de dados e valores afirmativos em presunções factuais;
- 2) As profissões e as instituições são resultados de lutas políticas e sociais, não são formatações de objectos naturais passíveis de serem cientificamente aprendidos.

Resgatar estas duas premissas e o facto de que distintos construtos representacionais sobre a doença e sistemas médicos coexistem num determinado contexto, como demonstra a comunicação de Joan Muela (incluída nesta colectânea), visa incentivar à manutenção de uma vigilância heurística sobre as nossas próprias crenças, sobre os sistemas de saúde e seus aparatos institucionais, que muitas vezes os assumimos como dados, como naturais e, ao procedermos assim, obliteramos o facto de que eles também, podem/devem ser objectos de análises para enquadramentos em objectivos programáticos. Pois, afinal, o sucesso de um projecto, sistema ou mecanismos de cura dependem, em larga medida, da existência de redes de relações sociais que o sustentam enquanto discurso dotado de autoridade, forma e aparatos operativos.

Inquirir sobre os aparatos institucionais dos sistemas de saúde é, não apenas procurar compreender a dinâmica interna dos “rituais” de prestação de serviços de saúde (da medicina moderna e tradicional), mas é, também ampliar o enquadramento do contexto mais amplo onde se desenvolve a experiência da doença e da cura. Como diria Foucault (1979: 83), o processo de normatização da prática e do saber médico dá-se num contexto social e relacional.

Assim sendo, indagar sobre as práticas institucionais de provisão de serviços de saúde, implica então em analisar os processos de interacção, nas suas dimensões ideológicas, políticas e processuais que conferem características peculiares na forma de actuação de serviços e sistemas de saúde específicos, aqui tomados como constituídos pela e constitutivos da realidade cultural.

Trazer o domínio institucional ao território da cultura tem a vantagem heurística de relativizar, de não endossar a priori as representações modernas que sustentam nosso senso comum sobre as práticas médicas. A noção de medicina formal moderna não deve ser tomada como imanente, autónoma e universalmente idêntica. Ao falarmos da medicina institucional moderna, estamos a falar de diferentes formas e mecanismos de institucionalização e tipificação

de práticas associadas a essa noção de medicina moderna, que variam em função de contexto e de uma série de outros elementos conjunturais e contextuais.

Enquanto tipificações, as agências terapêuticas ou os sistemas de saúde não só implicam na gestão de um corpus de conhecimento válido, constituído em códigos ou jogos de linguagem sobre os processos de definição da doença, diagnóstico e tratamento, como também definem e estabelecem, consciente ou inconscientemente, os mecanismos de acesso e/ou restrição aos serviços por eles providenciados.

É preciso compreendermos as instituições como resultantes de processos interactivos e comunicativos, através dos quais os indivíduos constroem uma rede de significados para a sua experiências aflitivas. Na construção de sentidos, factores inter subjectivos e existenciais se mesclam com

formas culturalmente padronizadas de interpretação. Nesse aspecto, as estruturas cognitivas devem ser analisadas, enquanto resultados de condições sociais da produção de conhecimento. Assim, os modelos cognitivos devem ser analisados na sua plasticidade, em sua capacidade de responder ao desafios circunstanciais.

A instituição é reflexo da sociedade, não sendo possível conceber processos exclusivamente biológicos, instrumentais ou estéticos no comportamento humano. O corpo é emblemático dos processos sociais.

Qualquer agência terapêutica, ao definir áreas institucionalizadas de conduta designa as situações que se localizam dentro destas áreas. Logo, é de se esperar que nas instituições de cura as imagens convencionais que os agentes terapêuticos tem do paciente reflectam apenas

a experiência da enfermidade que possa se adequar às estruturas cognitivas (estereótipos) pertinentes a estas instituições. Isso significa dizer que qualquer agência terapêutica reduz a diversidade de experiências sociais a um dado conjunto ou modelo de práticas e rotinas. Essas práticas e rotinas também podem mascarar os obstáculos que limitam o acesso e relevância dos serviços a serem prestados aos potenciais beneficiários e clientes,

como veremos com o exemplo trazido da realidade moçambicana.

Estas questões são especialmente relevantes num contexto onde uma ampla gama de serviços de cura estão disponíveis e são usados pelos indivíduos e colectividades, durante os complexos ciclos de estabelecimento de significado e busca de mecanismos de cura ou alívio face à enfermidade.

INSTITUIÇÕES DE SAÚDE COMO SUJEITOS E OBJECTOS DA CULTURA - O CASO DE MOÇAMBIQUE

Para a análise do vasto e complexo aparato institucional armado em torno das terapêuticas clínicas aplicadas nos serviços de saúde em Moçambique, irei começar por trazer à tona as percepções que o sistema em si e as instituições de saúde tem sobre o seu desempenho e eventuais lacunas na sua performance.

Nas análises geralmente realizadas sobre as questões relativas à acessibilidade dos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os de prevenção e cuidados em relação ao HIV/SIDA em Moçambique, a ênfase tem sido posta nos “aspectos sócio culturais” e na escassez de recursos humanos e materiais.

O Plano Estratégico de Combate às ITS/ HIV-SIDA (MISAU, 2004); O plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do MISAU (2005); O Plano Nacional de Combate ao HIV/SIDA (Conselho Nacional de Combate ao HIV/SIDA (2005) e O Plano de Redução da Pobreza Absoluta (Ministério do Plano 2006) são dos principais instrumentos programáticos e estratégicos do país que indicam veemente a existência de lacunas funcionais no sistema nacional de saúde, em decorrência da escassez de recursos humanos e materiais.

Vários outros documentos programáticos, como os relatórios de avaliação das iniciativas de programas de saúde sexual e reprodutiva, como os relatórios do Programa Geração Biz (2006) também apontam nessa direcção. Os indicadores estatísticos, como os que compõem o Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS, 2003), onde são apresentados os principais dados relativos aos aspectos comportamentais e ao desempenho da rede nacional de saúde indicam, em termos quantitativos, ligeiros crescimentos anuais do número de pessoas que se beneficiam, em termos de acesso, aos serviços de saúde, incluindo, saúde materno infantil e saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens.

O que estes documentos realçam é a existência de lacunas operacionais no sistema nacional de saúde, em decorrência de limitações ditas estruturais na:

- 1) Distribuição geográfica da rede de saúde,
- 2) Grau de precariedade das infra-estruturas sanitárias disponíveis no país;
- 3) Indisponibilidade de recursos materiais e medicamentosos nas unidades sanitárias;
- 4) Ruptura de stock de medicamentos e/ou falta de reagentes;
- 5) Escassez de recursos humanos qualificados no sistema de saúde;

6) Baixa rácio médico por habitante;

7) Evasão dos funcionários da rede de saúde para trabalharem em organizações não governamentais, com remuneração mais aliciante e competitiva do que a disponível na rede oficial de saúde.

No topo da longa lista de “coisas” e serviços que o sistema nacional de saúde moçambicano “não tem” destaca-se a questão da inexistência ou das condições de degradação das infra estruturas.

Assim sendo, o foco dos planos para a melhoria da prestação do sistema nacional de saúde e, conseqüentemente, ampliação do acesso aos serviços de saúde, esta última definida como uma meta associada à qualidade dos serviços prestados, está centrada na melhoria, construção, implantação de infra-estruturas do sistema de saúde, redução dos desequilíbrios regionais em termos de distribuição das unidades sanitárias e colocação de mais “quadros” qualificados nas

unidades sanitárias, passando pela capacitação e reciclagem dos profissionais de saúde existentes.

Além deste auto diagnóstico realizado pelo sistema nacional de saúde, leituras e interpretações relativamente similares são recorrentes de outras

análises indirectas de programas específicos, como o de saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e jovens, com o nome Geração Biz. Este programa é implementado com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a População e a Pathfinder Internacional, em parceria com o Ministério da Saúde, Juventude e Desportos e Educação, desde 1999.

As acções deste programa estão voltadas para, entre outros, responder às necessidades dos adolescentes e jovens, na área de saúde sexual e reprodutiva, tendo uma forte componente clínica associada à rede nacional de saúde, que é a componente conhecida como SAAJ (Serviços Amigos dos Adolescentes e Jovens), além das componentes escolar e comunitária. Essa componente é materializada pela parceria do Programa com os Serviços de Saúde, onde se inscreve um espaço e um número de profissionais de saúde específico, que são treinados em um atendimento que seja “acolhedor para os adolescentes e jovens”.

Geralmente, a componente dos SAAJ é implementada por provedoras de saúde de sexo feminino, que são expostas a sessões de treinamento de cerca de 80 horas, pelo PGB, e são incentivadas a trabalhar, numa instalação anexa ou próxima do local onde funcionam as unidades sanitárias. É nesses espaços anexos, que funcionam os SAAJ, que são entidades vocacionadas à prestação de serviços de aconselhamento para adolescentes e jovens.

Os indicadores quantitativos do programa Geração Biz em relação aos SAAJ apontam para o facto de que apesar de os serviços de oferecidos nessas clínicas serem definidos como sendo para rapazes e raparigas, a maioria das pessoas que procuram esses serviços são raparigas e fazem-no, não exactamente em busca de aconselhamento para outros aspectos da saúde sexual e reprodutiva, mas para buscar assistência pré natal, quando detectam o início de uma gravidez.

Com este programa, dois principais elementos saltam à vista: o primeiro, é que nas instalações onde opera um SAAJ existe um esforço de melhorar as condições materiais e disponibilizar recursos que tornem o ambiente “acolhedor”, provido de recursos medicamentosos e, um ambiente que favoreça a promoção de palestras, com o aproveitamento de recursos audiovisuais, e que também disponham de espaço para o aconselhamento, com privacidade necessária para os clientes. Esta primeira parte refere-se aos aspectos materiais concebidos como requisitos mínimos, e com direito a certificação, com selo próprio, desenvolvido para o efeito, como sendo instalações apropriadas para a prestação de assistência digna e atractiva para os jovens.

Uma segunda parte refere-se ao investimento que deve ser feito na capacitação dos provedores de serviços de saúde que vão assistir aos jovens que recorrem aos SAAJ. A ênfase dos pacotes de treinamento a que estes profissionais da saúde são expostos vai para os aspectos da cordialidade, amabilidade e respeito pelas posições ou idiosincrasias dos adolescentes e jovens, para que se sintam acolhidos por um profissional que não emite juízos de valor em relação à sexualidade

dos seus clientes, mas que procura prestar a assistência apropriada e acolhimento necessário, conforme os casos.

Apesar de todos os elogios que acompanham as avaliações de performance do programa, aspectos importantes dessas avaliações recaem sobre a questão da disparidade do tempo em que as provedoras de saúde estão disponíveis para prestar assistência aos jovens, considerado muito escasso; e o facto de estes serviços serem considerados pelos demais funcionários da saúde, como um projecto à parte, com alguns recursos financeiros, e que podem ser atractivos para albergar um reduzido número de provedoras “escolhidos”, que são vistos como beneficiários de eventuais estímulos adicionais decorrentes do programa, (ainda que esses estímulos possam compreender sessões de formação ou viagens de troca de experiências).

Insistir numa análise do sistema de saúde e seu funcionamento com o ênfase posto somente nas questões materiais e não nos conteúdos semânticos como ocorre no caso de Moçambique- significaria talvez, que o sistema continua arraigado a uma perspectiva que esquece que a medicina formal não se realiza somente na pura codificação do orgânico

Apesar dos esforços para a integração e absorção do conceito do programa pelo sistema nacional de saúde e, apesar de vir inscrito, em vários documentos estratégicos, como uma referência a seguir, no processo de provisão de serviços de saúde, os SAAJ são relativamente marginalizados e ainda não incorporados como parte do fazer rotineiro do sistema de

saúde. Um exemplo dramático desse processo de apropriação parcial e sazonal do programa, registou-se na província da Zambézia, distrito de Nicoadala, onde o SAAJ funcionava numa instalação anexa à unidade sanitária principal. Mas quando o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical foi instituído, com o apoio da USAID, na altura com mais recursos financeiros, este foi o primeiro a ser fechado, para dar lugar a um novo programa.

Os provedores de saúde entrevistados em relação à interrupção do programa realçaram o facto de que como já não havia clareza sobre a continuidade do programa apoiado pelo Geração Biz, e como também as duas únicas pessoas que teriam sido directamente expostas ao projecto já não estavam disponíveis, teria sido julgado conveniente prosseguir com as mudanças de aproveitamento de espaço efectuadas.

O dramático, nessa mudança, é que os adolescentes e jovens que frequentavam o programa, como activistas comunitários que complementam e apoiam os provedores especializados dos serviços de saúde não foram devidamente informados sobre as mudanças em curso. E, a ironia em tudo isso, está na noção de Serviços Amigos de Adolescentes e Jovens, que se pretendia instituir, e generalizar dentro da rede sanitária: a ideia de que é possível prestar assistência de forma mais atractiva e acolhedora para os utentes dos serviços de saúde¹.

Esta vertente, associada com a qualidade dos serviços prestados, a forma como são prestados, a disposição do aparato institucional para responder ou dialogar com os utentes de saúde não costuma aparecer nas análises globais anuais sobre a performance do sector de saúde.

O que é geralmente destacado nas avaliações de desempenho é uma longa lista de coisas materiais em falta, tais como viaturas, laboratórios, reagentes, equipamento, e outros. Nenhuma menção é feita a cultura institucional, às formas de funcionamento, excepto, pelas ressalvas aplicadas numa locução que faz alusão à funcionários corruptos que estariam a

exigir ao clientes, ilicitamente, pagamentos por serviços que deveriam ser prestados de forma gratuita. Outros casos referidos estão associados à violação do código de ética profissional por falta de confidencialidade de alguns funcionários que estariam a revelar o sero-status de pessoas que buscam o teste de HIV.

Este tipo de abordagem é altamente reducionista, unidirecional e é pensado numa perspectiva diática e de oposição, na medida em que, a dimensão dos “aspectos socioculturais” é atribuída ou associada, somente aos potenciais beneficiários e utentes do sistema nacional de saúde, que são vistos como actores em permanente confronta-

Mas além das normas, além dos regulamentos de funcionamento e além do conhecimento científico ou juntamente com ele, existe a subversão de valores, a improvisação, o jogo do poder no exercício da profissão médica, que se manifestam de diferentes formas e tendo efeitos no equacionamento dos aspectos relativos ao acesso e qualidade dos serviços prestados.

ção com uma série de valores ditos tradicionais que estariam em permanente embate com os valores da modernidade, associados à medicina formal ocidental.

Aqui, o cliente ou utente dos serviços de saúde é visto como um actor carregado de valores socioculturais que não estariam a favorecer a progressão da medicina formal. É ao utente dos serviços que se atribui a responsabilidade por não procurar as unidades sanitárias, ou pela falência da medicação prescrita, assumindo-se que este, motivado por várias razões, não estaria seguir as recomendações avançadas pelos profissionais da saúde.

O lado oposto da diade estaria composto pelo próprio sistema formal de saúde, pensado como uma estrutura mecânica, passível de ser transposta, de um contexto para o outro e funcionar da mesma maneira, se as condições materiais

e de recursos humanos (pensados em termos de números) estiverem reunidas. Esta percepção perde de vista o carácter dialógico e dinâmico dos valores sociais e culturais e centra-se num sistema de acusação e de negação, que olha para a ponta do iceberg (os usuários dos serviços de saúde e os recursos materiais) como a principal causa do limitado acesso e baixa

qualidade dos serviços prestados nas unidades sanitárias.

A perspectiva construtivista permite-nos lembrar que as representações sociais sobre saúde/doença abarcam múltiplas dimensões, que constituem expressões social e individual, envolvendo significações culturais e relações sociais, e como manifestação das contradições sociais e da luta política. A forma de funcionamento de um sistema particular de saúde é um processo de inscrição, codificação e normatização hegemónica de discursos e representações que ganham força de coercitividade pela prática do seu uso, como permitiria interpretar a noção de Bourdieu sobre o hábitus (1992).

Invocando Foucault (1979), podemos depreender que a dimensão institucional do sistema de saúde é um corpo de ideias, práticas e representações permanentemente criadas, recriadas e reelabora-

¹ A comunicação de Elsa Jacinto, também incluída nesta coletânea, realça um outro aspecto que tem uma correlação com esta noção de SAAJ, que é a noção de “Humanização dos Partos” institucionais, que tem implicações na forma de concepção da relação entre as gestantes e os provedores de serviços de saúde.

das. As concepções dominantes sobre o corpo, saúde e doença se constroem na prática médica oficial dominante, representado o pólo dominado pela cultura somática que retraduz, reordena na sua lógica, os efeitos da medicina científica.

Visto por outro ângulo, o sistema formal de saúde representa um aparato institucional composto por uma série de práticas, rotinas, prescrições, estruturas de hierarquia discursiva, de autoridade, simbólicas emblemáticas que compõe um todo, de um corpus operativo complexo que, apesar de aparentemente estar já formatado, é altamente dinâmico, contextual condicionado e condicionante de uma cultura institucional que lhe é constituinte.

Este aparato a que me refiro aqui, é geralmente tomado ou mascarado pelos profissionais da saúde sob a prerrogativa da objectividade e universalidade que se outorga à medicina científica moderna e pelo reconhecimento social que lhe acompanha.

Com estas premissas em mente, insistir em analisar o sistema de saúde e seu desempenho com uma ênfase orientada somente para as questões de formas materiais e não de conteúdos semânticos, como acontece com o caso de Moçambique, significa, talvez que o sistema está arraigado numa perspectiva que não toma em conta o facto de que a medicina formal não se realiza somente na pura codificação do orgânico.

O desafio que ainda se está por vencer ao analisar o desempenho do sistema de saúde passa por desmistificar o organicismo passivo que se atribui à prática da medicina formal, e trazê-la para o domínio da cultura, realçando-se, com isso, que apesar da forma, as estruturas institucionais de saúde encerram um conjunto de ambiguidades, que reflectem tensão entre o positivismo da maioria das práticas e medidas adoptadas com as dimensões ideológicas e políticas que competem entre si.

O exemplo da substituição acrítica do SAAJ pelo PTV indica existência de um esforço institucional interno para uma melhor gestão e aproveitamento dos espaços de funcionamento do sistema formal de saúde, mas também denuncia um processo de hierarquização valorativa de serviços, que muitas vezes é condicionado, não por análises sistemáticas de custos, eficácia social, económica e simbólica dos serviços prestados, mas pelo peso, da comunidade internacional doadora, que atrela o seu apoio, a requisitos imediatistas de

desempenho, com enfoques exclusivistas para os programas por eles apoiados.

À acompanhar os apoios fornecidos pela iniciativa presidencial americana (PEPFAR) na área do HIV/SIDA e saúde sexual, por exemplo, as várias organizações beneficiárias são bimensalmente convidadas a apresentar as famosas histórias de sucesso (sucess stories), muitas das quais são forjadas de forma grosseira pelos implementadores e difíceis de serem comprovadas, sob o risco de perderem o apoio fornecido. Aqui, uma vez mais, o pressuposto de que uma outra forma valorativa de materializar a “arte” do fazer médico está em constituição, não aparece à tona.

A celeridade com que novas abordagens e formas de provisão de serviços de saúde são introduzidos ou substituídos, com exemplos que se enquadram num horizonte temporal de pouco menos de cinco anos, pode chegar a confundir os potenciais beneficiários ou destinatários dos serviços que são introduzidos e/ou retirados. Em pouco menos de cinco anos, Moçambique já introduziu sistemas de administração da Terapia Antiretroviral, o Programa de Prevenção da Transmissão Vertical, os Serviços Amigos de adolescentes e Jovens, acima referidos, e os Gabinetes de Aconselhamento e Testagem Voluntária, esta última, recentemente renomeada para Aconselhamento e Testagem de Saúde.

Todas estas transformações são pensadas em termos positivistas e quase mecânicos, em que a dimensão das relações sociais, sistemas de significação e resignificação dos pressupostos e práticas que são introduzidas não são tomadas em conta. O que acontece na complexa cadeia de redes estruturais de pessoas envolvidas na operacionalização do sistema de saúde e a sua relação com os potenciais beneficiários, também precisa ser constantemente equacionado, de modo a que se possa perceber quais são os outros pontos de estrangulamento do acesso e qualidade dos serviços prestados, ou a serem prestados, muito além dos aspectos puramente materiais que são também, e sem dúvida importantes.

A introdução de novos programas ou novas componentes de programas e serviços de saúde, a renomeação de outros, e as próprias rotinas de funcionamento dos serviços de saúde nos diferentes cantos do país, reconhem domínios de especialidade que são, na verdade, territórios de ocupação e presença do aparato institucional de saúde, cuja apropriação, interiorização e opera-

cionalização é feita, pelos provedores dos serviços de saúde, mas também pelos seus potenciais clientes, de uma forma sincrética e de agregação de múltiplos conhecimentos e experiências. Além das normas, além dos regulamentos de funcionamento e além do conhecimento científico, ou juntamente com ele, existe a subversão de valores, a improvisação, o jogo de poder no exercício da profissão médica, e que se manifesta de diferentes formas, tendo efeitos no equacionamento dos aspectos relativos ao acesso e qualidade dos serviços prestados.

É preciso compreendermos as instituições como resultantes de processos interactivos e comunicativos através dos quais os indivíduos e colectividades consomem uma rede de significados para a sua experiências aflitivas. Na construção de sentidos, factores intersubjectivos e existenciais se mesclam com formas culturalmente padronizadas de interpretação e actuação.

O reconhecimento dessa dimensão sociocultural que caracteriza as práticas de provisão de serviços de saúde e a enumeração serial dos elementos constitutivos, bem como reavaliar a historicidade que é também própria das condutas institucionais, pode representar uma contribuição para a ampliação do horizonte de enquadramento dos diferentes tipos de obstáculos que limitam a ampliação do acesso e qualidade dos serviços de saúde prestados.

Ao procurarmos analisar os problemas e obstáculos que condicionam a ampliação do acesso aos serviços de saúde devemos procurar considerar avaliações e abordagens analíticas holísticas, que não excluam o sistema de práticas, rotinas, relações de forças interpessoais e político-ideológico que constituem e formatam o quadro institucional de operação dos serviços de saúde. Além dos obstáculos materiais, obstáculos associados às “culturas” institucionais de provisão de serviços, a todos os níveis, precisam ser evidenciados nas reflexões estratégicas e programáticas.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE C. MATSINHE

- É viável actuar sobre as instituições biomédicas e as medicinas tradicionais para conseguir mudanças que melhorem o acesso aos serviços, dado que as instituições e a cultura institucional – construídos histórica e socialmente – são de carácter dinâmico e, portanto, não são imutáveis.
- Os sistemas médicos coexistentes e os caminhos terapêuticos múltiplos não são exclusivos dos sistemas médicos africanos. São universais.
- Deve-se consolidar a ideia de que uma boa intervenção requer necessariamente uma boa teoria, contra a ideia de que teoria e aplicação – prática – são mundos separados.

REFERÊNCIAS

Alves, P., M.C. Minayo,

1998 *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*.
Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

Bourdieu, Pierre

1992 *A Economia das Trocas Simbólicas*.
Editora Perspectiva. São Paulo.

Carrara, Sérgio

1994 *Entre Cientistas e Bruxos: Ensaio sobre os Dilemas e Perspectivas da Análise Antropológica da Doença*. In: Alves, P., Minayo, M.C. – *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Editora Fiocruz. Rio de Janeiro.

CNCS-SE

2005 *Plano Nacional de Combate ao HIV/SIDA*.
Secretariado Executivo do Conselho Nacional de Combate ao SIDA. Maputo, Moçambique.

INE

2004 *Inquérito Demográfico e de Saúde*, Instituto Nacional de Estatística. Maputo, Moçambique.

Michel, Foucault

[1979] 1998 *Microfísica do Poder*,
Grael Editora, Rio de Janeiro.

MISAU

2004 *Plano Estratégico de Combate às ITS/ HIV-SIDA*. Ministério da Saúde, Maputo Moçambique.

MISAU

2005 *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Recursos Humanos do MISAU*. Ministério da Saúde, Maputo, Moçambique.

MPD

2006 *Plano de Redução da Pobreza Absoluta. Ministério do Plano e Desenvolvimento, Maputo, Moçambique*.

PGB

2006 Programa Geração Biz, *Saúde Sexual e Reprodutiva para Adolescentes e Jovens: 7 anos anos fazendo a diferença* (no prelo).

White, K., 1991, 39(2): 2-19 *The Sociology of Health and Illness*.
Current Sociology, vol. 39, no. 2.

INEQUIDADES E VALORES EM SAÚDE REPRODUTIVA: VULNERABILIDADE DAS MULHERES NUM CONTEXTO DE FEMINIZAÇÃO DA SIDA

Ana Maria Loforte,
Departamento de Arqueologia e Antropologia
Faculdade de Letras e Ciências Sociais
Universidade Eduardo Mondlane
Maputo

1. INTRODUÇÃO

Em muitas sociedades, a experiência de viver com HIV/SIDA marcada pelas desigualdades de género, pela discriminação e estigma levam à negação do tratamento e cuidados de saúde reprodutiva. O receio de ostracismo acentua a relutância de homens e mulheres confiarem nos outros e revelar o seu estado de saúde. Esta situação tem como corolário o facto de que os que têm mais necessidade de informação, educação e aconselhamento não beneficiem dos serviços de saúde ainda que os mesmos estejam disponíveis.

Por outro lado, os programas de saúde partem do pressuposto de que a informação fornecida gera uma transformação automática no comportamento das populações frente as doenças, não evidenciando os diferentes factores sócio-culturais, sempre em mutação, que intervêm na adopção de certas práticas.

A mudança de comportamento não é resultante, necessariamente, da vontade individual mas passa por recursos, coerções, e resistências. Na mudança de práticas médicas é necessário ter presente,

em primeiro lugar, que a difusão de informação deve ocorrer em simultâneo com a redução dos problemas que afectam os serviços de saúde e em segundo, que o promotor da mudança deve alterar também os seus comportamentos de modo a que a sua performance e atitudes constituam exemplos a serem seguidos.

Intervenções baseadas na transformação são necessárias para melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde sexual e reprodutiva definida esta como um estado abrangente de bem-estar físico, mental e social em relação à sexualidade e reprodução e implicando o respeito pelos direitos dos clientes.

Esta comunicação, baseados em estudos realizados em zonas rurais do centro e sul de Moçambique, argumenta que para que este ideal

seja vivido, e as transformações tenham lugar muitos processos sociais e económicos precisam de ser identificados e equacionados requerendo, a longo prazo, um consenso cultural. Torna-se igualmente imperioso a observância de princípios democráticos, que se materializem; (i) na legislação adoptada, (ii) nos compromissos políticos assumidos, (iii) na concepção, implementação de programas e no funcionamento dos serviços que integrem as questões de equidade, o respeito pelos direitos humanos, a aceitação da diferença e participação dos cidadãos.

Crucial para as mudanças requeridas é ainda a promoção e adopção de práticas e valores de saúde sexual e reprodutiva mais consentâneos com a realidade social em toda a sua diversidade e dinâmica, com a definição de papéis de género mais justos, e com a intensificação de campanhas de informação e educação.

Todavia, o conhecimento destes valores e práticas requer um maior investimento e promoção de pesquisas em ciências sociais em distintas regiões dos países, para avaliar programas e serviços, influenciar no diálogo

sobre políticas, para documentar realidades ignoradas particularmente as que se referem a representações, práticas e discursos em torno da sexualidade e reprodução. Na verdade, não há como estabelecer, à partida, como esta ou aquela sociedade vivencia, pensa e simboliza o processo de saúde/doença, aspectos que o inquérito etnográfico pode elucidar, visto que vinculam-se a estruturas de significados histórica e culturalmente constituídos.

2. METODOLOGIA

Na recolha de dados empíricos, junto de mulheres e raparigas vivendo com HIV/SIDA e que constituem o suporte para análise que realizamos nesta comunicação, privilegiámos as questões relativas à gravidez, à maternidade, ao planeamento familiar no contexto dos direitos sexuais e reprodutivos, na medida em que esta experiência

confere à maioria das mulheres não só uma história sanitária própria, como também uma vivência mais ou menos assídua dos serviços de saúde e dos cuidados médicos.

Contudo, não descuramos os contactos com informadores chave de ambos os sexos, com o pessoal da saúde baseado nas unidades sanitárias e com os praticantes de medicina tradicional bem como com as estruturas políticas e administrativas locais. Esta estratégia teve em vista recolher dados que permitissem identificar a cobertura, eficácia das intervenções de género e saúde baseadas na comunidade.

3. QUADRO TEÓRICO

O quadro teórico que orientou a reflexão é a abordagem de género da realidade social, na sua perspectiva relacional e transversal, interativo com o capital cultural, geração e não como condição que determina, por si só, diferenciais de vulnerabilidade (Cf. Oakley, 1972 e Scott, 1982). Entendemos assim o género como espaço de significado de culturas, processo de interpretação dentro de um quadro complexo e dinâmico de valores enraizados na sociedade.

O modelo teórico seleccionado orientou-nos ainda para uma perspectiva que procura ter em conta

a construção social da desigualdade. Assim, uma atenção especial é dada a situações de diferenças construídas entre homens e mulheres no acesso e controlo dos recursos de saúde, mas também em termos de desigualdades entre as próprias mulheres. Não é realista falar em mulher no geral, uma vez que a idade, posição e o estatuto no agregado familiar vai afectar, por exemplo, a sua habilidade em decidir sobre o seu corpo.

A situação social das mulheres é mais fortemente afectada e determinada pela estrutura do agregado familiar que a dos homens, diversidade que ocorre nos distintos estágios do seu ciclo de vida. Isto significa que uma apreciação cuidada das diferenças na situação familiar é crucial. As mulheres não são apenas mulheres: são filhas, noras, casadas, viúvas, mães, esposas de migrantes, sogras etc... A autoridade, autonomia, responsabilidade, obrigações e sobrecarga de trabalho varia com estes estatutos. Deste modo, ao equacionar a possibilidade das mulheres e raparigas vivendo com HIV/SIDA terem maior ou

menor acesso aos cuidados é necessário verificar como a sua posição na família poderá afectar o seu potencial de procura dos serviços.

No que diz respeito especificamente à equidade de género em saúde, pressupõe ainda explorar como os papéis de género, a divisão de trabalho (construídos no seio da família e sociedade) podem influenciar na habilidade de homens e mulheres participarem nas actividades que promovam a sua saúde e o identificar de constrangimentos de ordem cultural ou material que constituem barreira no acesso aos serviços sanitários.

No aparelho conceptual tivemos também em mente o poder. Poder como acção, como forma de dominação de um grupo sobre o outro (Foucault, 1978) para invocar sobretudo as formas como se edificam as hierarquias entre os diferentes membros das famílias no controlo e acesso aos benefícios e recursos; mas também relações de poder no panorama dos serviços entre o provedor dos mesmos,

o profissional da saúde, (médico, enfermeiro, dentador dos conhecimentos) e a paciente; situação de poder numa relação de género, provedor homem-paciente mulher.

Pertinente ainda foi o conceito de exclusão social na sua acepção de falta de acesso às oportunidades ofereci-

das pela sociedade, negação aos direitos e benefícios sociais prestados pelo Estado ou instituições públicas e que implica privação e ausência de cidadania.

A operacionalização dos conceitos de género e poder aliados ao de direitos humanos permitiu constatar que a vulnerabilidade (que limita o acesso das mulheres aos serviços) se situa numa dimensão comportamental ditada pelas representações e pelos discursos hegemónicos que configuram a percepção sobre a maternidade ainda que no contexto do risco do HIV/SIDA; numa dimensão cognitiva ditada pela negação do direito à informação, à educação relacionada com a sexualidade e numa dimensão programática focalizada nos serviços que deveriam proporcionar cuidados numa situação de equidade e melhoria da qualidade dos mesmos (UNFPA, 2002)

4. A VULNERABILIDADE NA DIMENSÃO COMPORTAMENTAL

Os factores culturais, em constante mutação, têm um peso enorme na estruturação e nos compor-

tamentos familiares. Homens e mulheres actuam no seio de uma cultura que determina relações de género, papéis e formas de comportamento marcadas pela desigualdade.

As normas confrontam as raparigas com desafios que se materializam nas pressões para que casem e tenham filhos muito cedo e em número considerável. O corpo da mulher ao ter capacidade de gerar vida, recebe um valor especial em sociedades de cariz agrícola onde a força de trabalho é fundamental, a existência de uma prole numerosa é garantia da reprodução das unidades de produção ao longo dos diferentes ciclos agrícolas.

Quando contrai matrimónio, a mulher deve reproduzir-se como mãe. É por estas competências que ela é socialmente aceite, reconhecida e sancionada (Cf. PNUD, 2001). A capacidade biológica de ter um filho é interpretado culturalmente como uma função “natural” da mulher e que define a feminilidade (Cf. Ortner, Rosaldo, 1976 e Lamphere, 1974). Esta explicação, que dá ênfase à capacidade reprodutiva da mulher e vê a maternidade como a principal meta na vida, define como detentora de um comportamento desviante a que não tem filhos ou é estéril. Deste modo, a decisão da mulher para limitar a sua fecundidade é contrariada pela centralidade da maternidade e pelo desejo de perpetuar a família dando à luz uma criança, independentemente do risco que a sua vida possa ter. É alta ainda a taxa total de fecundidade no país tendo se situado em 6.7% em 1980. Mas tende a declinar, passando para 5.6 em 1997 e 5.50 em 2003. A taxa de prevalência no uso de anticoncepcionais aumentou de 6% em 1997 para 17% em 2003 (Cf. INE, 2003). Na verdade, tirando vantagens da degradação do lugar da linhagem em certas zonas; das novas dinâmicas sócio económicas; das novas configurações culturais; orientadas pelo desejo de querer controlar o seu próprio corpo e contestar as estruturas de dominação, algumas entrevistadas procuram reduzir o número de filhos e espaçar os seus nascimentos (44% das entrevistadas considerou um espaçamento de, pelo menos, 2 anos.

Assim, qualquer tentativa de dar voz às mulheres infectadas ou prestar a atenção devida às suas

preocupações em relação à reprodução, deve considerar o facto de como estas se percebem e se colocam no contexto da reprodução em geral, e no exercício dos seus direitos reprodutivos, em particular. Por exemplo, a resistência ao uso de anti-concepcionais estará ligada a uma vontade de ter filhos configurada por imperativos culturais, económicos ou emocionais previamente assumidos? O que impele uma mãe seropositiva de levar a seu termo uma gravidez, ainda que tenha conhecimento que o seu filho possa igualmente vir a ser seropositivo? Em muitas regiões do país predominam proibições em relação à interrupção de uma gravidez pois, os filhos são concebidos como sendo uma dádiva dos antepassados.

No tocante ao direito de decidir sobre o número de filhos dentro de um agregado, na pesquisa realizada 53.3% dos homens entrevistados e 46, 7% das mulheres afirmou que este direito cabe

A pesquisa demonstrou haver pouca comunicação e discussão entre os cônjuges em questões reprodutivas e suas implicações para a saúde familiar, designadamente no que diz respeito ao planeamento familiar. As normas e as regras entrincheiradas na tradição e que se traduzem no facto da sexualidade ser considerada tabú, são obstáculos a uma efectiva troca de informação e conhecimentos no casal.

ao homem. Assim, os valores definidos culturalmente nas comunidades em função do sexo limitam as capacidades de escolha em saúde reprodutiva. Os homens são os principais responsáveis pela tomada de decisões no contexto das relações familiares, nomeadamente no uso de anti-concepcionais e tamanho das famílias. As decisões sobre a fecundidade, são assim determinadas por quem controla e aloca os recursos económicos na família.

A pesquisa demonstrou haver pouca comunicação e discussão entre os cônjuges em questões reprodutivas e suas implicações para a saúde familiar, designadamente no que diz respeito ao planeamento familiar. As normas e as regras entrincheiradas na tradição e que se traduzem no facto da sexualidade ser considerada tabú, são obstáculos a uma efectiva troca de informação e conhecimentos no casal.

A comunicação melhorada entre os parceiros conjugais e a exposição dos homens à informação sobre planeamento familiar teria o potencial de contribuir para a melhoria da saúde sexual e respeito pelos direitos reprodutivos a nível familiar.

No tocante às concepções sobre saúde e doença, constatamos que nas famílias de orien-

tação (na qual os indivíduos nasceram e foram criados) adoptam-se mecanismos de luta contra as enfermidades dentro de um conjunto de crenças e práticas desenvolvidas no contexto da cultura local. As mulheres são vistas como o “repositório” da infecções e doenças, reponsáveis por trazer doenças para casa, o que conduz a que elas ocultem os sintomas e reforcem a cultura de silêncio. Assim, um conjunto de doenças que elas transportam são tidas como “espirituais,” resultando da agressão dos ancestrais pelo não cumprimento das regras de funcionamento do grupo.

Embora reconhecendo a importância do recurso às unidades sanitárias e seus serviços, a procura do *nyanga*¹ para a cura de algumas doenças, surge da crença de que o hospital se ocupa apenas dos aspectos sintomáticos da doença, não desvenda as suas causas. Uma vez que algumas destas são provenientes da punição dos espíritos dos antepassados, a medicina moderna não tem qualquer eficácia.

As doenças graves, incluindo a SIDA, e outras ITS são consideradas como um sinal de insatisfação por parte dos ancestrais. É, portanto, conveniente interpretar e buscar as causas últimas de tal situação por intermédio do adivinho.

O adivinho é o intérprete entre dois mundos, e deve tornar claro e compreensível o que parece obscuro e ininteligível aos seres comuns. Ele cria uma configuração de símbolos cuja ordem deve ser revelada. Lidando com acontecimentos que vão para além da percepção e do conhecimento humano, o adivinhação fornece legitimação e cria consensos, não só nos momentos críticos de crise moral e social, mas em muitas outras situações.

A existência de doenças motivadas quer por causas naturais ou sobrenaturais determina as lógicas de diagnóstico e tratamento e a práticas de rituais que propiciam a cura. Os rituais e fornecimento de medicamentos sobretudo à base de plantas e raízes constituem o mecanismo principal do tratamento. Contudo, a eficácia da fitoterapia não se limita apenas às suas virtudes farmacológicas. Todos os nossos interlocutores foram unânimes em afirmar que o poder curativo

1 Nyanga: designação dada ao curandeiro(a) na língua tsonga subdivide-se em *nhyangarume* e *nyamussoro*. O primeiro opera com plantas medicinais e não tem o poder de actuar sobre os espíritos possessores. O segundo é o especialista dos espíritos possessores.

das plantas provem, também, das palavras do terapeuta ao se dirigir aos antepassados que lhe transmitiram este saber.

5. A VULNERABILIDADE NA DIMENSÃO COGNITIVA

O acesso à educação e informação é factor chave na prevenção das ITS, pois a instrução cria uma afinidade com o discurso médico e potencia uma abertura às mensagens.

A necessidade de disseminar informação e promover o acesso aos serviços de saúde reprodutiva compreensivos e de qualidade são factores de protecção que assumem o papel transformador que o indivíduo desempenha no seu contexto, revitalizando o seu papel na mudança que caracteriza a cultura.

Mais informadas, as utentes sentir-se-iam mais fortalecidas e confiantes para tomar decisões e fazer escolhas em relação a sua própria saúde e auto-cuidado.

Mas mais de 70% das meninas estão fora da escola a partir dos 13 anos e as razões incluem os casamentos prematuros, a pobreza e o pouco valor atribuído à escola pelos pais e educadores.

A escolaridade confere ainda uma certa capacidade na explicação das desigualdades de morbilidade e mortalidade pois à medida que ela sobe, menor é a incidência de doenças crónicas e a saúde é auto-avaliada (Cf. Cabral, 2002). Por outro lado, a escolaridade das mulheres é crucial, num país onde as condições materiais de vida não são das melhores, devido ao seu papel reprodutivo a nível doméstico. Quanto mais elevada é a instrução maior o conhecimento da protecção da sua própria saúde e da criança, reduzindo o risco de contrair certas doenças.

Todavia, a noção espalhada é de que as jovens não tem direito à informação sobre a sexualidade, contraceptivos e outros serviços porque não são ainda tidos como seres sexuais. Esforços para torná-los acessíveis poderá conduzir à promiscuidade e aumentar a vulnerabilidades deste.

Líderes de opinião, parentes não se sentem à vontade para discutir questões de sexualidade. Os pais não são as pessoas com quem se discute normalmente os assuntos relacionados com o comportamento sexual, embora os mesmos estejam ostensivamente no âmbito das preocupações familiares: os implicados sentem-se mais à

vontade para procurar confidentes fora do grupo familiar (Agadjanian, 2001:299).

Mas denotando a dinâmica dos processos de socialização e novos fundamentos normativos no comportamento dos jovens, pesquisas desenvolvida com jovens indicam que a informação sobre a sexualidade é hoje mais obtida junto dos amigos e de pessoas com mais idade, pois conversar sobre o sexo com pessoas idosas ou simplesmente mais velhas é considerado falta de respeito.

Como estes sistemas de comunicação são regulados reflectem, primeiramente, o grau em que a individualidade e autonomia de cada membro é tolerada no sistema familiar. Quanto as fronteiras são estreitas, as estratégias observadas no sistema limitam a expressão da autonomia.

Mas as estratégias podem ser ajustadas e a autonomia conquistada de acordo com as necessidades de desenvolvimento e capacidades de cada membro da família. Por exemplo, na defesa de interesses comuns ligados à maternidade e à reprodução, as mulheres ao partilharem espaços comuns (fontanário, mercado, centros de saúde) trocam confidências e conselhos sobre métodos caseiros para a cura de doenças, métodos anticonceptivos mais adequados e formas de ter acesso aos mesmos. Para as que migram do campo para a cidade, onde o conhecimento sobre os meios de controle reprodutivo é escasso, as redes informais são determinantes no acesso à informação. (Cf Loforte, 2000)

Todavia, a ruptura na educação sexual não atingiu a construção de uma identidade sexual dos jovens. Permanecem as representações que coisificam a rapariga como objecto de desejo e que a legitimam socialmente como dependente do

homem e que a impedem de negociar a prevenção da relação sexual. (Cf Osório et Arthur, 2002).

Mas os provedores de saúde, imbuídos igualmente de certos traços culturais e simbólicos, necessitam igualmente de informação e desenvolver as suas habilidades de comunicação e aconselhamento para lidar com os pacientes. Verificamos que a debilidade dos serviços residia, também, na falta de conhecimentos por parte dos provedores sobre os comportamentos e atitudes das mulheres perante aos métodos anti-conceptivos, sobre o ambiente social que afecta o seu uso, face a uma informação básica sobre a prevenção da transmissão perinatal do HIV. Pouca informação detinham sobre as reais causas da descontinuidade no uso do preservativo, sobre a percepções culturais das mulheres sobre os efeitos colaterais dos mesmos, sobre as causas que

Sentimos que o trabalho dos provedores deveria ir muito além da transmissão de informações sobre a SIDA e a prescrição do uso do preservativo, pois os efeitos das representações e práticas culturais estavam presentes no quotidiano de ambos o que demandava transformações profundas nas suas posturas. Demandava ainda, uma melhor interacção com o conjunto de conceitos e percepções que constituem a cosmologia dos utentes.

conduziam à procura dos serviços pré-natais (em caso 85% das mulheres) mas ausência das gestantes no momento do parto, o que conduzia a uma taxa de absentismo na ordem dos 37%². Sentimos que o trabalho dos provedores deveria ir muito além da transmissão de informações sobre a SIDA e a prescrição do uso do preservativo, pois os efeitos das representações e práticas culturais estavam presentes no quotidiano de ambos o que demandava transformações profundas nas suas posturas. Demandava ainda, uma melhor interacção com o conjunto de conceitos e percepções que constituem a cosmologia dos utentes.

Neste contexto, a pesquisa antropológica poderia fornecer importantes contributos ao pessoal das unidades sanitárias, visando aprofundar a reflexão sobre estas problemáticas, aprimorar as acções educativas tanto no atendimento, quanto nas palestras realizadas durante o período de gravidez e puerpério. Poderiam ser abordadas de forma clara e directa as diferenças e desigualdades de género, sua influência na construção da identidade e sexualidade feminina, as relações de poder entre os parceiros sexuais, questões a ter em atenção na prevenção e tratamento das doenças. Tentar, enfim, romper o limite da informação, tocar na máscara que os impede de ver que o

2 Vários motivos estão por detrás deste absentismo e prendem-se com a vontade de dar o parto num ambiente mais familiar e acolhedor; necessidade da presença da sogra no momento do parto a fim de detectar se as complicações poderão estar ligadas a actos de infertilidade; distância para atingir a unidade sanitária, sem transporte e já em trabalhos de parto.

risco das mulheres contraírem o vírus pode, muitas vezes, estar na base da construção da própria condição feminina.

6. A VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA

O Quadro Continental de Políticas para a Saúde Reprodutiva³ advoga um reforço na componente do sector de saúde através da alocação de recursos, a fim de melhorar o acesso universal aos serviços, incluindo a saúde reprodutiva e a integração de género nos programas de desenvolvimento.

Assim, a dimensão programática conduziu-nos à análise da contribuição dos programas a nível institucional na redução da vulnerabilidade de homens e mulheres aos problemas de saúde reprodutiva. Procuramos analisar as questões de acessibilidade geográfica, ou seja a localização física dos serviços, os transportes disponíveis, a distância que mulheres e raparigas têm de percorrer para chegar os mesmos: como os serviços estão providos de infraestruturas e medicamentos que facilitam a acessibilidade e por último a identificação de factores sociais que persuadem um potencial paciente de procurar os serviços, tais como as etiquetas ou rótulos associados aos mesmos. Verificamos que nas comunidades estudadas, a localização do Posto de Saúde em lugares distantes conduzia a que as utentes tivessem que percorrer longas distâncias: 44% das mulheres entrevistadas afirmou ter de caminhar cerca de 1 e 30 minutos a 2 horas para atingir a unidade sanitária mais próxima que funciona em condições deficientes por falta de medicamentos essenciais; falta de camas; falta de pessoal sobretudo do sexo feminino na triagem⁴, marcada ainda por relações de poder desigualitárias entre o pessoal e os doentes que se manifestam na impaciência e demora no atendimento, na preferência de familiares e amigos na prestação de cuidados. Todos estes factores criam uma desmotivação na procura dos serviços.

No tocante aos jovens e adolescentes constatamos que devido a falta de pessoal, ou ausência de conhecimentos sobre as necessidades específicas dos mesmos em saúde reprodutiva verifica-se:

- Pouca informação e serviços acessíveis aos mesmos,

3 Cf. Documento da Comissão da União Africana, Maputo, 2006.

4 Segundo as mulheres entrevistadas enfermeiras fariam diferenças no atendimento pois as mulheres sentir-se-iam mais à vontade para falar das suas doenças e preocupações; a observação das suas partes mais íntimas far-se-ia sem os constrangimentos e pudor que normalmente manifestam.

- Pouco ou nenhum envolvimento na planificação, implementação e monitoria dos programas de saúde reprodutiva,
- Serviços pouco atrativos dadas as atitudes negativas dos provedores e ausência de políticas para garantir o seu acesso.

Na sede dos distritos procuramos avaliar a procura dos serviços dos Gabinetes de Atendimento e Testagem Voluntária(GATV). Constatamos que uso destes constitui problema, pois a questão da confidencialidade é considerada crítica pelos potenciais utentes. As pessoas têm receio, vergonha de frequentar estes serviços, aspectos ligados de certo modo ao estigma associado à doença. Estas constatações levam-nos a equacionar a relação entre a acção individual orientada pela cultura com o peso destas estruturas imbuidas igualmente de símbolos e marcadas pelas actuações dos seus funcionários? Como responder à difícil mediação entre o indivíduos e estas organizações? Questão privilegiada em algumas tradições ou secundárias noutras, o reconhecimento de que essas mediações existem e são fundamentais para a compreensão do social foi sempre uma certeza característica da abordagem antropológica.

Geertz(1991) na tentativa de validar as formas de pensamento como objecto etnográfico argumenta que o acto de classificar o mundo, as suas mediações, construir e negociar conceitos-passa a ser um acto de traficar com as formas simbólicas disponíveis numa comunidade ou instituição. E para explicar os usos, as idas e vindas deste trafico é preciso analisar as comunidades no interior das quais as formas simbólicas estão disponíveis. Analisar essas comunidades, ou instituições no caso proposto por Geertz não significa necessariamente descrever uma estrutura social, mas sim, estar atento às normas que as organizam e que as põem em contacto com outras.

7. RECOMENDAÇÕES

O acesso aos serviços de saúde reprodutiva é complexo e demanda um investimento na educação e informação, e transformações profundas na cultura organizacional. Esta complexidade atinge maior magnitude se examinarmos o funcionamento segundo lentes de género(Gupta,2000). Assim, um quadro conceptual que oriente para os diferentes tipos de resposta necessárias para maior eficácia dos serviços pode facilitar as intervenções requeridas. Programas de saúde reprodutiva que reconheçam as diferenças de género, que promovam serviços que vão de en-

contro às necessidades distintas de homens e mulheres e removam as barreiras para o seu acesso são importantes. Todavia, maior destaque deveria ser dado as mudanças institucionais do ponto de vista técnico e estrutural necessárias para erradicar as desigualdades, a premência de potenciar as mulheres e homens para um crescente acesso e participação nos programas de saúde, ajudar as mulheres a superar os obstáculos que enfrentam para obter serviços ou obtenção de anticonceptivos de modo a trazer alterações fundamentais na dinâmica das relações de género. No aspectos estruturais referimo-nos aos sistemas institucionais, processos e estruturas que de forma rotineira, contínua e compreensiva identificam e respondem de forma apropriada às diferentes maneiras em que o género afecta a programação.

O atendimento das necessidades das clientes exige aprender a observar o que as mesmas desejam, quais as suas prioridades e preferências. O diagnóstico e o conhecimento do seropositividade poderia desencadear respostas apropriadas dos serviços que atenuassem auto- culpabilização por parte das mulheres.

Uma variedade de abordagens podem ser usadas num contexto de programas de comunicação seguindo:

- A observação das interações cliente-provedor identificando pontos de contacto e atritos,
- O levantamento do fluxo de pacientes para determinar quanto tempo esperam pelo pessoal das unidades sanitárias,
- A realização de inquéritos e entrevistas as clientes depois do uso dos serviços
- O envolvimento das mulheres e raparigas na criação de programas adequados às suas necessidades.
- A discussão aberta na comunidade sobre a possibilidade de criação de grupos de defesa da saúde.
- Produção de materiais educacionais em linguagem simples para mulheres não letradas

A maior intervenção das mulheres nos programas não deve implicar a exclusão dos homens, pois ambos compartilham a responsabilidade pela saúde reprodutiva. Os programas terão maior eficácia se forem planificados para homens e mulheres.

No que respeita aos jovens a ideia prevalecente é de que é importante envolvê-los pois estão desenvolver a sua identidade, construindo atitudes, crenças e opções à cerca da sexualidade. Assim, é imperativo promover acções que contribuam para a equidade de género e evitem comportamentos que os colocam em perigo e também os seus parceiros assim como as crianças que terão no futuro.

As percepções sobre papéis de género iniciam muito cedo, mais as noções dominantes de masculinidade só mudam com o decorrer do tempo. Comportamentos de risco podem ser evitados se se oferecerem a homens e mulheres modelos alternativos de masculinidade que não sejam baseados em relações de poder desiguais.

O Estado cria condições para que um grupo possa estar livre de certas enfermidades. Do mesmo modo, deve oferecer os meios para que outros possam atingir essa mesma performance positiva (Cabral 2002), ou seja colocar à disposição dos vários segmentos da população os cuidados médicos e medicamentos, reduzindo as assimetrias sociais ou geográficas no acesso à saúde.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE A. M. LOFORTE

- Há consenso sobre a necessidade de desfazer e dismantelar, através da análise antropológica, as imagens genéricas da “mulher africana” (como “mulher” e como “africana”) e do “homem africano”, fontes inesgotáveis de estereótipos.
- As mulheres não são vítimas passivas, mas sim actores sociais que interagem com outros actores sociais, se bem que em situação de “vulnerabilidade estrutural”.
- As desigualdades entre gerações afectam o acesso das mulheres, em especial das adolescentes e idosas consideradas como indivíduos assexuados, aos serviços de saúde, e em particular à informação sobre a sexualidade.
- Salienta-se a violência sexual a que estão submetidas as adolescentes e a sua vulnerabilidade aos abusos dos adultos, incluindo, às vezes, dos seus professores.

BIBLIOGRAFIA

Agadjanian, Victor

2001 *Negotiating through reproductive change: gendered social interaction and fertility regulation in Mozambique*. Journal of Southern Africa Studies, 27 (2): 291-309.

Badiani, Rita et al.

(s/d) - *Estudo CAP nas escolas: conhecimento, atitudes, práticas e comportamento em saúde sexual e reprodutiva em uma era de SIDA*. Maputo: DEC-SEA/MISAU/MJD.

Bagnol, Brigitte

1998 *Pesquisa qualitativa sobre DTS/ SIDA em Quelimane, Maganja da Costa e Pebane*. Maputo: Action Aid.

Bourdieu, Pierre

1977 *Outline of a theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press

Cabral, Manuel V. et al.

2002 *Saúde e Doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais.

CEA/MMCAS

2001 *O impacto sócio-económico do HIV/SIDA numa perspectiva de género*. Maputo: UEM/CEA.

Foucault, Michell

1979 *História da Sexualidade*. Oeiras: Celta Editores.

Gaspar, Felisbela e Armando Djedje

1994 *Crenças e práticas tradicionais relativas à diarreia infantil e as doenças de transmissão sexual em Milange, província da Zambézia. Relatório de Pesquisa e Comunicação*. Maputo: GEMT

Geertz, Clifford

1991 *A interpretação das Culturas*. Oeiras: Celta Editores.

GEM

1993 *Crenças e práticas tradicionais relativas à saúde mental e as doenças de transmissão sexual em Boane, província de Maputo*. Maputo: MISAU.

Gupta, Rao

2000 *Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How*. Canadian HIV/AIDS Policy & Law 5 (4).

Handwerker, W.

2002 *The construct validity of cultures*. American Anthropologist 104(1):106-122.

Hartmann, Heidi

1981 *The family as the locus of gender, class and political struggle: the example of housework*. Signs 6 (3): 366-394.

Kleinman, A.

1980 *Patients and Healers in the context of Culture*. Berkeley: University of California Press

INE e MISAU

2003 *Inquérito Demográfico e de Saúde*. Maputo.

Loforte, Ana

2000 *Género e Poder entre os Tsonga do Sul de Moçambique*. Maputo: Promedia

Osório, Conceição e Maria José Arthur

2002 *Revisão da Literatura Saúde Sexual e Reprodutiva: DTS, HIV/SIDA*. Maputo: FNUAP.

PNUD, SARDC, UEM

2000 *Educação e desenvolvimento humano: percursos, lições e desafios para o século XXI*. Maputo.

Rosaldo, Michelle ed.

1974 *Woman, Culture and Society*. Oxford: Oxford University Press.

Santos, Balbina e Maria José Arthur

1993 *Vida sexual no casamento: práticas sexuais e a sexualidade feminina e masculina*. Maputo: PNC DTS/SIDA.

Scott, Joan

1982 *Género, uma categoria útil para uma análise histórica*. S. Paulo.

NOÇÕES DE SEXUALIDADE: RESPONDENDO AOS SONHOS E DESEJOS DE JOVENS COM INFECÇÃO PERINATAL POR HIV NO UGANDA

Harriet Birungi
Conselho da População, Nairobi

QUADRO CONCEPTUAL

Na programação sobre o HIV/SIDA, a preocupação sobre a vulnerabilidade das populações africanas à infecção pelo HIV domina por completo as realidades mais positivas da sexualidade, que é uma parte igualmente importante da experiência africana (Undie e Benya 2006; Spronk 2006). A investigação que tem surgido põe em causa a falta de equilíbrio e pauta-se por esforços crescentes encetados por pesquisadores, responsáveis pela definição de políticas e gestores de programas no sentido de desenvolver um quadro amplo de sexualidade e saúde sexual para orientar a concepção de programas que vão ao encontro das realidades e necessidades sexuais no terreno (APHRC 2005). Como resposta a isso, o quadro desenvolvido pela WHO (OMS)/Global (2002) constitui um instrumento útil para envolver, de forma ampla, as realidades negativa e positiva da sexualidade. O quadro contém os conceitos de sexo, de género, identidades e papéis, orientação sexual, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é descrita como algo que é experimentado e expresso em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, valores, comportamento, práticas, papéis e relações. Com respeito à sexualidade, a OMS tem também enfatizado que a saúde sexual não é meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade, mas sim um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social. Por isso, tratar da saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa à sexualidade e às relações sexuais. Até recentemente, contudo, a sexualidade no contexto de programas do HIV/SIDA tem sido conceptualizada como um problema de doença e, portanto, tende a abraçar um número limitado de temas, incluindo a doença (risco) e a reprodução. Consequentemente, os programas do HIV/SIDA têm sido predominantemente esboçados de modo a responder a constituições negativas da sexualidade.

LACUNAS EXISTENTES NA PROGRAMAÇÃO DO HIV/SIDA

O quase exclusivo enfoque nas implicações negativas da sexualidade tem constituído limitação no sentido de uma maior compreensão da sexualidade e da sua aplicação na programação sobre o HIV/SIDA, um problema composto por restrições quanto aos fundos, assim como a relutância em reconhecer que é bastante natural que

as Pessoas que Vivem com o HIV/SIDA (PVCHS) tenham necessidades e desejos sexuais e que actuem sobre os mesmos (Berger 2005). Pior ainda, os estudos sobre a sexualidade das PVCHS têm sido definidos em termos afunilados e tendem a não colocar perguntas sobre os desejos ou sobre como a sexualidade pode ser uma fonte de felicidade, realização pessoal e bem-estar. Muitas vezes, estes estudos foram conceptualizados no quadro da doença, respondendo principalmente a questões relacionadas com comportamento sexual de risco, com o esquecimento de outros elementos da sexualidade (Spronk 2006).

Por exemplo, estudos recentes sobre PVCHS recebendo terapia antiretroviral (TARV) estabeleceram como premissa a hipótese de que o sucesso da TARV pode estar intimamente associado à redução nos comportamentos protector e preventivo. Consequentemente, estes estudos tendem a explorar o comportamento sexual de alto risco dos doentes que seguem a TARV. As perguntas que normalmente se fazem relacionam-se com as relações sexuais nos últimos seis meses, número e tipo de parceiros sexuais, conhecimento do estado HIV do parceiro sexual, divulgação do estado HIV ao parceiro, utilização do preservativo durante a última relação sexual e experiência sobre as doenças de transmissão sexual.

Para além disso, se a sexualidade for debatida durante o período de aconselhamento ao doente, tende a ser sobre a avaliação do risco, comportamento, práticas e utilização do preservativo. A tendência tem consistido em dessexualizar as PVCHS, situação esta exacerbada pelo facto dos provedores de serviços não parecerem interessados nem motivados e nem mesmo preparados para se informarem sobre os desejos de sexualidade do doente. Embora os programas sobre o HIV/SIDA promovam o conceito do viver positivo, o enfoque do conteúdo tem sido na nutrição adequada, exercício e controlo do stress sobre o indivíduo. Não é prestada a devida atenção às questões relacionadas com os desejos sexuais, ameaçando assim o próprio direito de existência da PVCHS, para não falar mesmo do direito de amar e ser amado. Falar de uma vivência positiva sem tocar em questões de sexualidade tem, por vezes, deixado muitos doentes sem preparação no que diz respeito à satisfação das suas vidas

sexuais; e pior ainda, encoraja a não revelação do seu estado HIV a parceiros potenciais e a parceiros existentes.

O maior acesso à TARV permitiu às pessoas que vivem com o HIV viverem positivamente e resultou em melhoria da qualidade de vida. A maior parte dos jovens que vive com o HIV descreve a qualidade de vida como “o desejo de ser como qualquer outro rapaz ou rapariga”, uma aspiração com conotações de sexualidade. Por isso, só se pode esperar que os jovens infectados com o HIV desejem, cada vez mais, dispôr da sua sexualidade e que agradeçam a oportunidade de falar e fazer perguntas sobre a sua sexualidade. Têm certamente o direito de gozar da sua sexualidade e, na verdade, estudos que estão a surgir defendem a re-sexualização da programação sobre o HIV/SIDA (Berger 2005). Igualmente, um estudo recente no Canadá realça a importância do desenvolvimento sexual saudável para o caso dos jovens com infecção perinatal por HIV e agora a chegarem à adolescência e ao estado adulto (Fielden et al. 2006). Embora alguns centros de tratamento do HIV/SIDA no Uganda estejam a começar a fazer um esforço para re-sexualizar os programas sobre HIV/SIDA, estes esforços têm essencialmente sido dirigidos a adultos a viverem com o HIV e tendem a enfatizar a reprodução e a integração do planeamento familiar na programação sobre o HIV/SIDA. Praticamente ainda não foi dada nenhuma atenção à sexualidade dos jovens com infecção perinatal por HIV.

JOVENS A VIVEREM COM O HIV: EXPERIÊNCIAS, SONHOS E DESEJOS A NÍVEL DA SEXUALIDADE

O número de crianças africanas com o HIV continua a subir gradualmente apesar dos progressos feitos na prevenção da transmissão mãe-filho. Noventa por cento das estimadas três milhões de crianças a viverem com o HIV situam-se na África Subsaariana (ANEECA 2003). Enquanto anteriormente nunca se previu que as crianças nascidas com o HIV teriam a oportunidade de viverem até ao estado adulto e a oportunidade do desenvolvimento sexual, a disponibilização de programas para tratamento tornou esse cenário possível, embora para uma percentagem de pessoas pequena, mas crescente. É quase impossível conhecer os verdadeiros números de crianças e jovens com idade entre 10 e 19 anos nascidas com HIV positivo, mas existem algumas indicações. Por exemplo, o doente mais velho da TASSO no Uganda a sobreviver à infecção perinatal do HIV fez 23 anos no ano corrente. A TASO tem também o registo de 4.696 jovens vivendo com o

HIV desde a sua infância. A Enfermaria Pediátrica de Doenças Infecciosas (EPDI) no Hospital de Mulago aloja mais de 500 jovens de 10 a 19 anos de idade que vivem com o HIV.

Estes jovens começam agora a explorar a sua sexualidade; namoram e alguns deles começam a partilhar a intimidade. Só durante este ano, a TASO reportou 184 casos de gravidez e a EPDI reportou 7 casos de gravidez entre jovens recebendo tratamento contra o HIV/SIDA, cuidados de saúde e apoio através destas organizações e o pessoal de saúde destes centros suspeita que provavelmente mais jovens ficarão grávidas. Não está claro se estas gravidezes foram desejadas ou indesejadas. Sabemos, contudo, que a infecção pelo HIV não alterou significativamente as atitudes em relação ao nascimento de uma criança no Uganda (Kirumira 1996). O desejo de se ter filhos cedo quando adulto é muito grande, incluindo no caso das PVCHS, e uma relação romântica não é habitualmente considerada legítima se não produzir um bebé. Em geral, os ugandeses têm a sua primeira experiência sexual muito cedo nas suas vidas. Segundo o levantamento sero-comportamental HIV/SIDA de 2004-2005, 14 por cento das jovens e dos jovens fazem sexo antes dos 15 anos e 63 por cento das mulheres e 47 por cento dos jovens fazem sexo antes dos 18 anos de idade (Ministério da Saúde e ORC Macro 2006). Assim, neste contexto, os jovens vivendo com o HIV podem desejar e/ou ceder a pressões familiares e sociais no sentido de terem filhos cedo para que não morram sem deixar descendentes, mas os programas HIV sobre os cuidados de saúde e apoio não parecem tratar das aspirações ou desejos de fertilidade desta pequena mas rapidamente crescente população de jovens.

As dificuldades de trabalhar com os jovens em geral sobre as questões de sexualidade tornam-se ainda mais complexas no caso de jovens vivendo com o HIV. No momento presente, as intervenções-chave para alterar a transmissão da doença e prevenir a gravidez no seio dos jovens têm enfatizado o adiamento do início das relações sexuais, a redução do número dos parceiros sexuais e o aumento no uso correcto e consistente do preservativo. Contudo, constitui forte limitante o facto destas intervenções tenderem a direccionar-se para a população geral, que se assume ser HIV negativo ou que não sabe qual é o seu estado HIV. A ausência de investigação direccionada para a sexualidade dos jovens com infecção perinatal por HIV tornou essa situação impossível. Na melhor das hipóteses, os programas de tratamento, cuidados e apoio têm pro-

curado encorajar os jovens vivendo com o HIV a adiar a iniciação sexual. Porém, nem sempre isto é possível, porque alguns jovens vão sempre fazer sexo, independentemente de serem ou não desencorajados de o fazer. Alguns estudos realizados em outros países mostram que pelo menos 27 por cento dos jovens com infecção perinatal por HIV são sexualmente activos (Fielden et al. 2006). Evidência caricata da TASO da Uganda e da África do Sul (<http://www.irinnews.org>) também sugere que a maior parte dos indivíduos com o HIV positivo tende a procurar relações entre si. Esta evidência emergente reforça a necessidade de se compreenderem as relações entre os jovens vivendo com o HIV e as suas implicações para a programação do HIV/SIDA.

DIREITOS SEXUAIS DE JOVENS VIVENDO COM O HIV

A OMS (2005) enfatiza que para se alcançar e manter a saúde sexual, se devem respeitar, proteger e satisfazer os direitos sexuais de todas as pessoas. No entanto, o direito à informação sobre a sexualidade e aos serviços para os jovens vivendo com o HIV continua a ser descuidado. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança (Assembleia Geral Comentário NO 3 de Janeiro de 2003) realça a necessidade de prestar uma atenção particular à sexualidade da criança. A convenção sublinha o facto das crianças precisarem de informação relevante, apropriada e oportuna que seja adaptada a diferentes faixas etárias e capacidades e que lhes permita lidar com a sua sexualidade positivamente e com responsabilidade. A convenção enfatiza também que uma prevenção eficaz em relação ao HIV/SIDA deve evitar a censura, evitar a retenção da informação relacionada com a saúde ou intencionalmente desvirtuá-la, incluindo a educação sexual e a informação. Em conformidade com as suas obrigações de assegurar a sobrevivência e o desenvolvimento da criança, os signatários da convenção devem garantir que as crianças têm a capacidade de adquirir conhecimento e habilidades que as protejam, a elas e às outras, à medida que começam a expressar a sua sexualidade. Orientações recentes da OMS/FNUAP sobre os cuidados de saúde, tratamento e apoio às mulheres vivendo com HIV/SIDA e seus filhos em contexto de limitados recursos sublinharam a importância de se tratarem as necessidades particulares de saúde sexual e reprodutiva das raparigas adolescentes com HIV, garantindo uma informação apropriada para a idade e aconselhamento sobre a sexualidade e práticas sexuais mais seguras, e prestando aconselhamentos e serviços no domínio do planeamento familiar,

adequados para os adolescentes (Organização Mundial de Saúde 2006).

SOLUÇÕES POSSÍVEIS: INVESTIGANDO A SEXUALIDADE DE JOVENS VIVENDO COM O HIV

Em geral, os sonhos e desejos sobre a sexualidade de jovens vivendo com o HIV no Uganda e em outros países em África não são conhecidos. Os investigadores precisam de produzir prova suficiente capaz de provocar consciencialização no seio dos gestores de programas e responsáveis pela definição de políticas. Deste modo, são precisos estudos exploratórios e descritivos no quadro amplo da sexualidade para orientar a estrutura e o desenvolvimento das intervenções que respondam às presentes realidades sexuais dos jovens vivendo com o HIV. Estes estudos deverão tratar as seguintes questões:

- Antecedentes familiares, reflexões sobre a infância, puberdade e o estado adulto, estilo de vida e amizades
- Aceitação emocional do HIV e da vida em geral: perspectivas sobre o crescimento, sentimentos e pensamentos sobre a vida pessoal, metas na vida e o que desejam que estas sejam
- Perspectivas sobre a maternidade e paternidade: atitudes, experiências e percepções sobre a paternidade prematura (no caso dos rapazes terem engravidado as suas parceiras), respostas a gravidezes indesejadas; disposição para se tornar pai ou mãe
- Auto-estima: ansiedades, sonhos e esperanças sobre o próprio e sobre relações
- Amor e amar: namoro, justificações em relação ao amor, sexo e namoro, razões para a existência das relações
- Histórias sexuais: desejos e intenções/experiências/exploração/expressão sexuais; preocupações, emoções e excitação em torno do sexo; pontos de vista gerais sobre o sexo
- Experiências sexuais: identificação do momento mais oportuno para as raparigas e os rapazes começarem a fazer sexo, expressão dos sentimentos, se já alguma vez fizeram sexo, tanto de vontade própria como de forma indesejada (abuso sexual e coerção)
- Puberdade e desenvolvimento: percepções sobre a masculinidade e feminilidade, negociação

da puberdade, cuidar de si próprio, tomada de decisões e comunicação entre parceiros, a parte mais difícil e confusa do desenvolvimento

- Ter e não ter filhos: atitudes, desejos, pressões, expectativas, conhecimento das formas de prevenir a gravidez
- Serviços e informação: fontes, necessidades e procura, utilização dos serviços de saúde sexual e reprodutiva; opiniões e preferências em relação aos serviços existentes e que tipo de serviços gostariam de ter.

Do ponto de vista metodológico, a natureza destes estudos deve ser tanto quantitativa como qualitativa. São precisas etnografias sobre os jovens vivendo com o HIV para fornecerem dados sobre as suas vidas e para indicarem como esses jovens devem orientar a sua transição para a maturidade sexual. Será necessário operar distinções entre os jovens vivendo com o HIV em termos das suas características sociais: jovens que estão na escola e fora dela, casados, grávidas, pais, solteiros, jovens em relações afectivas, jovens envolvidos em grupos de apoio, etc. Através do registo de narrativas de histórias de vida e histórias de caso, deverão ser reunidos dados aprofundados sobre as vidas de pessoas, sentimentos, desejos, dinâmica social e interpessoal que influenciam a sexualidade desses jovens. A ênfase aqui deve ser na abordagem “émica”; isto é, a ênfase deve ser na tentativa de compreender como é que os jovens vivendo com HIV constroem a sua sexualidade enquanto vivem com o HIV e descobrem como vêm a sua própria situação e como tratam da sua vida, em geral. Deverão ser recolhidas histórias de caso que ilustrem acontecimentos em torno da sexualidade e dever-se-á, tanto quanto possível, encorajar os jovens vivendo com HIV a relacionar acontecimentos particulares de relevância nas suas vidas.

As discussões em grupo poderão também proporcionar dados úteis sobre as opiniões, percepções e atitudes acerca da sexualidade, assim como sobre a educação e necessidades de serviços em saúde sexual e reprodutiva. Poderão ser organizadas discussões em grupo envolvendo: 1) mulheres jovens vivendo com o HIV que sejam solteiras; 2) homens jovens vivendo com o HIV que sejam solteiros; 3) mulheres jovens vivendo com o HIV que estejam grávidas; 4) homens jovens vivendo com o HIV que sejam pais; 5) homens e mulheres jovens vivendo com o HIV que estão na escola; e 6)

mulheres jovens vivendo com o HIV que são casadas.

São também necessários levantamentos sobre jovens com infecção perinatal por HIV que forneçam dados quantitativos de modo a serem usados como evidência para persuadir profissionais responsáveis pela definição de políticas e gestores de programas a considerar a inclusão de diferentes perspectivas sobre a sexualidade na programação do HIV/SIDA.

Para além disso, será necessário rever os actuais programas de tratamento e apoio ao HIV/SIDA no quadro da OMS com vista a identificar lacunas de intervenção existentes nos serviços relacionados com a sexualidade e na informação destinada aos jovens vivendo com o HIV. A revisão deve incluir uma avaliação da documentação existente e uma avaliação junto dos promotores. Uma avaliação dos documentos programáticos sobre o actual tratamento, cuidados e apoio no âmbito do HIV/SIDA é necessária para determinar o conteúdo e até que ponto facilitam ou influenciam a prestação de informação e serviços que apoiam as acções relacionadas com a sexualidade aos jovens vivendo com o HIV. A análise junto dos promotores deve incluir informantes-chave de instituições governamentais, organizações privadas, organizações não-governamentais, organizações que têm por base a fé, parceiros para o desenvolvimento da saúde e agências técnicas de assistência. As possíveis áreas de enfoque para as discussões com os promotores incluem o seguinte:

- Factores que influenciam a prestação do aconselhamento sobre a sexualidade a jovens com HIV positivo; examinar a ideologia de financiamento, as deficiências técnicas, etc.
- Compreensão e/ou interpretação, por parte dos provedores de serviços, do aconselhamento sobre sexualidade destinado a jovens com HIV positivo e nível de apoio existente para o aconselhamento
- Verificação sobre a integração da sexualidade e do aconselhamento em saúde reprodutiva nos serviços relacionados
- Conteúdo da formação e serviços sobre aconselhamento: questões reconhecidas/ recebem atenção e que aspectos não estão a receber atenção e razões para tal
- Como é que as preocupações principais em saúde sexual e reprodutiva de jovens com HIV

positivo estão a ser tratadas nos serviços existentes?

- Capacidade dos programas existentes para o tratamento, cuidados e apoio ao HIV/SIDA em tratarem as preocupações sobre sexualidade de jovens com HIV positivo: pessoal habilitado (composição e formação de provedores de serviços), existência de infra-estrutura necessária, protocolos e orientações, avaliação de necessidades em formação e outros recursos

ARTICULANDO A INVESTIGAÇÃO COM AS INTERVENÇÕES

É crucial que a investigação sobre jovens vivendo com o HIV esteja ligada às intervenções. Os investigadores devem agilizar este elo através do processo de interpretação de dados e através da identificação de possíveis intervenções junto de profissionais responsáveis pela definição de políticas, gestores de programas, doadores e beneficiários. Em geral, as próprias intervenções que adoptam uma perspectiva ampla sobre a sexualidade só se tornam aparentes após a recolha de informação pormenorizada sobre a noção de sexualidade no seio de jovens vivendo com o HIV. Contudo, estratégias ou intervenções possíveis poderão incluir o seguinte:

- Integrar as preocupações sobre a sexualidade nos programas de tratamento, cuidados e apoio a jovens vivendo com o HIV
- Criar orientações para aconselhamento sobre sexualidade e um instrumento para a avaliação do desejo sexual por parte de jovens vivendo com o HIV. O instrumento para a avaliação do desejo sexual poderia ser utilizado no rastreio de clientes, de forma sistemática, para melhor identificar os seus desejos e necessidades, de modo a que os provedores de serviços possam oferecer informação ou serviços apropriados ou transferir clientes adequadamente
- Elaborar um currículo no domínio do aconselhamento de jovens vivendo com o HIV destinado a conselheiros
- Elaborar um currículo em competências para a vida destinado a jovens vivendo com o HIV

Actualmente, os cuidados de saúde em relação ao HIV/SIDA no Uganda e em outros países africanos estão organizados em cuidados pediátricos e cuidados para adultos. A maior parte dos jovens vivendo com o HIV recebe o seu tratamento, cuidados e apoio em unidades de cuidados

pediátricos e poucos recebem serviços em unidades de cuidados para adultos. De uma maneira ou de outra, a tendência tem sido a de tratar os jovens vivendo com HIV como se fossem crianças pequenas. Enquanto alguns provedores de serviços integraram o aconselhamento a crianças no seu pacote de tratamento, cuidados e apoio, este não chega a referir questões de sexualidade, já para não falar da possibilidade de dotar jovens vivendo com o HIV da informação necessária que lhes permita equilibrar direitos e responsabilidades, tomar decisões informadas sobre as suas vidas e contribuir para a qualidade das suas vidas, em geral.

Os pacotes de aconselhamento e apoio existentes terão de ser actualizados, reorganizados e/ou concebidos de novo para 1) resolver a separação entre os cuidados pediátricos e os cuidados para adultos; e 2) abranger elementos vitais de sexualidade destinados a jovens vivendo com o HIV. Para serem eficazes, as intervenções devem tratar dos desejos e sonhos da sexualidade de jovens vivendo com o HIV e envolver diferentes organismos e grupos que trabalhem com este tipo de jovens. Para facilitar esta articulação, os pesquisadores terão de estabelecer ligações fortes com as comunidades financiadoras e também com os grupos de apoio a jovens vivendo com o HIV de modo a reforçar o consenso sobre possíveis intervenções e sua concepção, assim como estimular a troca entre as equipas de pesquisa e os actores envolvidos na programação.

A ênfase deverá ser no sentido de assegurar que os adolescentes vivendo com o HIV, os programas e as organizações estejam todos envolvidos na concepção das intervenções. Uma questão analítica importante a tratar é a negociação do hiato entre os programas de tratamento, cuidados e apoio e as próprias necessidades de sexualidade dos jovens vivendo com o HIV. Os pesquisadores devem utilizar dados dos estudos exploratórios visando consciencializar os gestores de programas sobre os desejos e sonhos da sexualidade dos jovens vivendo com o HIV que precisam de receber atenção. Até ao presente, os programas de tratamento, cuidados e apoio têm colocado o enfoque na mudança de comportamento das pessoas. Prevejo que os dados destes estudos possam, alternativamente, servir de base concreta para gerar discussões sobre como os actuais programas do HIV/SIDA terão de mudar. A possibilidade dos programas oferecerem informação valiosa grátis sobre a sexualidade a jovens vivendo com o HIV também terá de ser debatida.

RECOMENDAÇÕES

Os sonhos e desejos da sexualidade dos jovens vivendo com o HIV continuam a ser negligenciados na programação sobre o HIV/SIDA. Há necessidade de repensar a sexualidade na programação do HIV/SIDA e o quadro da OMS proporciona o ponto de partida e a oportunidade para tal acção. A pesquisa nas ciências sociais deve ajustar-se apropriadamente ao discurso da OMS e criar um volume de conhecimento que equilibre a preocupação pela doença com questões de sexualidade positiva, tais como o amor, o namoro, os desejos, a felicidade e o crescimento dos jovens vivendo com o HIV, de modo a orientar adequadamente a programação sobre o HIV/SIDA. Adoptando este modelo de sexualidade, os programas de tratamento, cuidados e apoio terão de fornecer a esses jovens informação e apoio prático para os ajudar a compreender a sua sexualidade à medida que vão crescendo para que possam negociar aspectos vitais da sua sexualidade, desfrutar de estilos de vida positivos e evitar consequências indesejadas como gravidezes inoportunas, infecção de outros e auto-reinfecção. Deverá também proporcionar-se o aconselhamento eficaz sobre a sexualidade para que os jovens vivendo com o HIV possam fazer escolhas informadas e serem capazes de equilibrar a responsabilidade e os direitos sexuais e reprodutivos.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE H. BIRUNGI

- A sexualidade, tema central nas campanhas de prevenção contra o SIDA, deveria ser encarada de maneira positiva, realçando a sensualidade, as fantasias e o prazer.
- Em termos da aplicação, esta proposta suporia uma mudança radical na abordagem das mensagens de prevenção do HIV/SIDA, que não deveriam basear-se no “medo” e no “risco”, mas sim na satisfação dos desejos de uma maneira saudável e responsável.

BIBLIOGRAFIA

ANECCA

2003 *Regional Workshop on Early Diagnosis and Care of HIV-Infected Children*, March 31st – April, 1st 2003, Kampala, Uganda.

APHRC

2005 Workshop Report on “Theorizing Sexuality in Africa”, May 3-4, 2005, organized by the African Population and Health Research Center, with support from the Ford Foundation.

Assembleia Geral das Nações Unidas

2003 The Comment No.3 on HIV/AIDS and the Rights of the Child (13-31 Janeiro 2003), Article 6.

Berger, Jonathan

2005 *Re-Sexualizing the Epidemic: Desire, Risk and HIV Prevention*. Development Update 5(3), December, Johannesburg.

Fiedlen, S.J., with L. Sheckter,

G.E. Chapman, A. Aliment, J.C.

Forbes, S. Sheps, S. Cadell,

and J.C. Frankish

2006 *Growing Up: Perspectives of Children, Families and Service Providers Regarding Needs of Older Children with Perinatally-Acquired HIV*. *AIDS Care* 18(8): 1050-1053.

Kirumira, Edward Kasujja

1996 *Familial relationships and population dynamics in Uganda*. A case study of fertility behavior in the Central Region. Dissertação de doutoramento (PhD), não publicada, Universidade de Copenhaga.

Ministério da Saúde do Uganda e ORC Macro.

2006 *Uganda HIV/AIDS Sero-Behavioral Survey 2004-2005*. Calverton, Maryland, EUA: Uganda Ministry of Health and ORC Macro.

Organização Mundial de Saúde

2002 *Sexual Health Definitions*. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde

2005 *Integrating Sexual Health Interventions into Reproductive Health Services*. Programme Experience from Developing Countries. Genebra: OMS.

Organização Mundial de Saúde

2006 *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*. Genebra: OMS.

Spronk, Rachel

2006 *Ambiguous pleasures: Sexuality and new self-definitions in Nairobi*. Dissertação de doutoramento (PhD), não publicada, Universidade de Amsterdão.

Undie, Chi-Chi, with Kabwe Benaya

2006 *The State of Knowledge on Sexuality in Sub-Saharan Africa: A Synthesis of Literature*. Africa Population and Health Research Center, Working Paper, No 34. Nairobi: African Population and Health Research Center.

AS MÚLTIPLAS DIMENSÕES DA VULNERABILIDADE AO HIV/SIDA EM ÁFRICA: UMA PERSPECTIVA DAS CIÊNCIAS SOCIAIS

Ezekiel Kalipeni,

Departamento de Geografia, Universidade de Illinois em Urbana-Champaign

Jayati Ghosh,

Universidade Dominicana da Califórnia

Lucy Mkandawire-Valhmu,

Universidade de Wisconsin em Milwaukee

INTRODUÇÃO

Como referem Schneider e Moodie (2002), os impactos do HIV/SIDA nas infraestruturas básicas que sustentam a segurança, a estabilidade e a viabilidade das modernas nações-estado são múltiplos. Embora o HIV/SIDA esteja esmagadoramente concentrado na África Subsaariana com epicentros na África Oriental e Austral, o futuro epicentro da pandemia parece ser o continente asiático, particularmente a Índia, a China e a Rússia. Caso a epidemia se expanda para a Índia e China como na África Oriental e Austral, as ramificações podem ser trágicas para a região e para o mundo, em geral. Por conseguinte, estudar as múltiplas dimensões da vulnerabilidade ao HIV/SIDA na África Subsaariana pode fornecer elementos para uma intervenção dirigida.

Este artigo tem três objectivos principais. O primeiro objectivo visa o desenvolvimento de um quadro teórico assente nas contribuições das ciências sociais a ser utilizado pela medicina e pela saúde pública de modo a obter-se uma melhor compreensão das múltiplas dimensões da vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África. Desenvolve-se um quadro conceptual para identificar as principais forças condutoras da vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África. O segundo objectivo é fornecer um estudo de caso analítico, utilizando os resultados de um estudo realizado em zonas de rendimento sócio-económico baixo na cidade de Lilongwe no Malawi, que realça em termos concretos algumas das múltiplas dimensões da vulnerabilidade no seio de homens e mulheres em relação ao HIV/SIDA. Por fim, fazem-se algumas recomendações sobre como alguns dos factores que põem as pessoas em risco de infecção por HIV podem ser reduzidos ou mesmo eliminados.

O QUADRO CONCEPTUAL DA VULNERABILIDADE

Neste artigo define-se vulnerabilidade de forma ampla. Como refere o Conselho Mundial das Igrejas (1999):

Vulnerabilidade significa que alguma coisa ou alguém pode ser magoado ou ferido; quer dizer

ser exposto a perigo ou ataque, estar desprotegido...ser vulnerável no contexto do HIV/SIDA significa ter controlo limitado ou não ter nenhum controlo sobre o risco de adquirir infecção por HIV ou, para aqueles já infectados ou afectados por HIV, ter pouco ou nenhum acesso aos cuidados apropriados e a apoio. Vulnerabilidade é o resultado último da interacção de muitos factores, quer pessoais (incluindo biológicos) quer sociais, pode ser acrescido por uma variação de factores culturais, educacionais, demográficos, legais, económicos e políticos (Conselho Mundial das Igrejas 1999:11).

Durante os últimos 20 anos foram realizados muitos estudos e recolhida informação na tentativa de compreender esta complexa epidemia. Embora não haja falta de estudos sobre o SIDA em África, os modelos de inquérito biomédico e epidemiológico continuam a dominar a agenda

Caso a epidemia se expanda para a Índia e China como na África Oriental e Austral, as ramificações podem ser trágicas para a região e para o mundo, em geral.

de investigação. Os estudos biomédicos desenvolveram a nossa compreensão dos mecanismos fisiológicos do HIV estudando a associação da infecção com a carga viral (Quinn et al. 2000), as prevenções quimioterapêuticas da transmissão vertical (Wit-

ktor et al. 1999, Connor et al. 1994) e a interacção da infecção por HIV com as doenças de transmissão sexual que acontecem com frequência e as infecções urinárias (Wasserheit 1992, Grosskurth et al. 1995, Diallo et al. 1997). Os resultados destes estudos têm sido valiosos contribuindo para fornecer uma melhor compreensão sobre quem pode estar em maior risco devido à presença de infecções agravadas, até que ponto aqueles que já estão infectados por HIV correm maior risco de infectar outros, e como é que a transmissão do HIV de mãe para filho pode ser potencialmente reduzida.

Por outro lado, os estudos epidemiológicos concentraram a sua atenção nos padrões de comportamento sexual de indivíduos no seio de determinadas categorias de risco, designadamente, trabalhadoras de sexo transaccional, militares, e camionistas (Kreiss et al. 1986, Bwayo 1994, Ndinya-Achola et al. 1997, Pickering et al. 1997). Grande parte destas investigações come-

çou por estudar os diferentes tipos de contactos sexuais que aconteciam entre e no seio destas populações para explicar os elevados índices de transmissão do HIV. Quantos parceiros, por exemplo, os trabalhadores de sexo transaccional tinham, ou quando, onde, e com que frequência os camionistas, em determinadas rotas, se envolviam em contactos sexuais transaccionais e se estes locais eram centros característicos. Porém, como contribuição mais importante, os estudos epidemiológicos realçaram o grau de utilização de preservativos por parte dos trabalhadores de sexo transaccional e outros nos seus contactos sexuais. Os estudos baseados em comportamentos têm produzido elementos úteis sobre padrões de comportamento sexual no seio de determinados grupos em regiões específicas de África e têm contribuído, algumas vezes, para esclarecer os tragicamente elevados índices de HIV em certas regiões e ocupações. Têm igualmente contribuído para os programas de prevenção que dependem de campanhas de educação e da existência de preservativos.

Os estudos biomédicos e epidemiológicos têm, contudo, provado ser pouco adequados a vários níveis. Primeiro, o acento predominante nos chamados grupos de risco concentra erradamente a atenção na categoria ocupacional em vez de o fazer na prática social. A partir daí presume-se que todos os indivíduos no seio de cada categoria estão em risco de infecção por HIV ou já estão infectados e reciprocamente cria-se a impressão de que ninguém fora das categorias em questão é vulnerável. Estes estudos não têm conseguido dar resposta à questão de saber porque é que os indivíduos têm determinados comportamentos e, como consequência, têm deixado de lado os factores sociais, políticos, culturais e económicos que geram as condições de vulnerabilidade ao HIV. Como sugere o antropólogo Waterston (1997:1383), as soluções dominantes em relação ao SIDA, ao realçarem o indivíduo como sendo a fonte da doença e da prevenção, são as que menos ameaçam o status quo. As campanhas de educação e o acesso aos preservativos não só não atacam as causas profundas do HIV, como se baseiam na suposição de que os indivíduos podem mudar automaticamente os seus comportamentos a partir da consciencialização e da posse de preservativos.

É tendo em conta este contexto que apresentamos neste artigo uma perspectiva diferente em relação ao estudo do HIV/SIDA na África Subsaariana, isto é, um quadro conceptual das principais forças condutoras do HIV na África Subsaariana, em particular no que se refere às múltiplas dimensões da vulnerabilidade. As amplas e múltiplas dimensões ou factores incluem: padrões coloniais de trabalho migratório, variáveis de empoderamento do género, variáveis de medição da pobreza, imperativos do desenvolvimento e fardo da doença e variáveis de medição das atitudes e empenho na luta contra o HIV/SIDA por parte do governo. O quadro conceptual inclui também uma discussão de outras forças condutoras, tais como as forças globais e o papel da cultura na proliferação ou redução da epidemia.

Um número crescente de cientistas sociais trabalhando em geografia crítica, antropologia e outros campos afasta-se do paradigma dominante da investigação comportamental através da realização de investigação baseada nas estruturas institucionais, ideológicas e históricas da desigualdade promotora da expansão do HIV.

de comportamento sexual per se, a investigação realizada pela ciência social crítica procura as razões múltiplas e inter-relacionadas que fazem com que mulheres e homens experimentem situações que aumentam a sua predisposição de envolvimento em comportamentos de risco e, por esse motivo, alargam a sua vulnerabilidade em relação ao HIV. Um dos principais factores causadores do aumento de transmissão do HIV na África Austral, por exemplo, é o padrão de trabalho migratório masculino provocado pelas economias nacionais debilitadas e pelas indústrias mineiras de força-de-trabalho intensiva na África do Sul (Adepoju 2003, Girdler-Brown 1998, Decosas et al. 1995, Brockerhoff e Biddlecom 1999, Haour Knipe e Rector 1996, Upton 2003). Como resultado há trabalhadores homens afastados das suas famílias por longos períodos de tempo e mulheres com dificuldades crescentes em garantir a sua subsistência enquanto os maridos estão ausentes (Chirwa 1998,

Campbell 1997, Zuma et al. 2003). Em outras zonas, a guerra prolongada causou a destruição das economias locais, o deslocamento de populações e tornou insustentáveis antigas práticas sociais. (Bond e Vincent 1997, Kalipeni e Oppong 1998, Lyons 2004). Em muitas áreas da África Subsaariana, as economias atravessam dificuldades e a pobreza é galopante, tornando difícil que as famílias permaneçam juntas num único local ou que as pessoas adquiram os proventos necessários sem recorrer a economias sexuais potencialmente de risco (Akeroyd 1997, Addai 1999, Becker et al. 1999, Decosas 1996, Fourn e Ducic 1996, Rugalema 2004, Lurie et al. 2004).

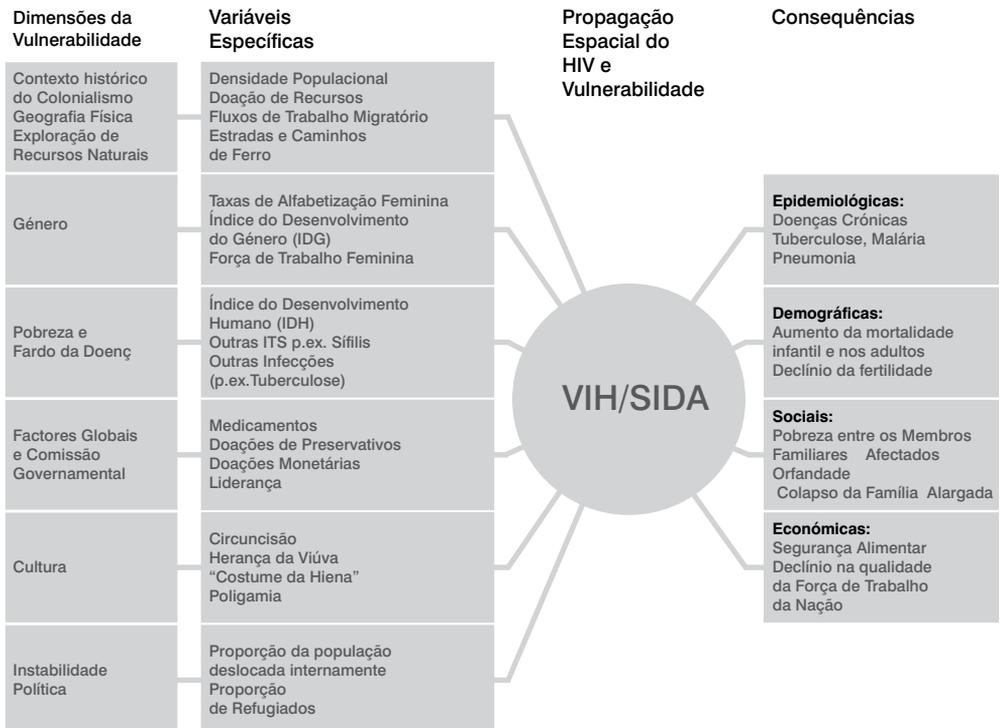
Nesta mesma tendência, o trabalho de Eileen Stillwaggon sobre as determinantes da expansão do HIV considera que o africano super-sexualizado é um mito, sugerindo, em vez disso, que a variação no espaço de outras determinantes sociais, económicas e de saúde pode explicar a distribuição da prevalência do HIV através da África Subsaariana (veja-se Stillwaggon 2000, 2001,

2002, 2003). À luz da breve revisão da literatura feita, há várias áreas de pesquisa que precisam de ser abordadas de maneira exaustiva de modo a compreender as complexas forças condutoras do HIV a nível macro e micro. Ao desenvolver um quadro conceptual para este estudo identificámos seis das áreas que acreditamos constituir as dimensões múltiplas mais importantes e mais amplas da vulnerabilidade. São elas o contexto histórico do colonialismo e do trabalho migratório, o género, o fardo da pobreza e da doença, as forças globais, a cultura e as atitudes dos governos (ver a Figura 1). Como se referiu anteriormente, o propósito central deste artigo visa realçar estas forças condutoras e apresentar alguns estudos de casos específicos que exemplificam os cenários da vulnerabilidade sublinhados no modelo

O Contexto Histórico da Economia Colonial

A elevada prevalência do HIV/SIDA na cintura do SIDA (África B Austral e Oriental ver Figura 2 sobre a progressão do HIV no espaço e ao longo do tempo) está fortemente relacionada com a interligação do ambiente físico, a história, a migração internacional e as visões eurocéntricas sobre a região (Yeboah 2004). Por causa do excelente clima da África Oriental e Austral favorável à fixação eu-

* Figura 1: Quadro Conceptual da Vulnerabilidade ao HIV/SIDA em África



ropeia, os solos ricos, a existência de numerosos minerais (ouro e diamantes, entre eles) e outros recursos, os europeus ocuparam esta parte de África em vez da África Ocidental tropical. Ao proceder desta maneira, os europeus deram origem a ilhas de desenvolvimento económico, pondo em marcha movimentos massivos de trabalhadores vindos das zonas rurais para alimentar as áreas ricas da África Oriental e Austral. A mistura de povos em grande escala significou também a expansão de várias doenças de umas zonas para outras, em particular de doenças de transmissão sexual.

A África do Sul constitui um excelente exemplo do que acabamos de dizer. A elevada prevalência e incidência de índices do HIV/SIDA na África do Sul são ilustrativos do impacto prolongado da dominação colonial e da sua economia. A África do Sul tem uma longa história de instabilidade política e de tensões raciais e sociais. A herança da colonização e do apartheid inclui um avultado número de população economicamente desprovida. Durante o apartheid a população negra, que compreendia 80 por cento da população total, era forçada a viver em apenas 13 por cento do total da terra disponível na África do Sul. Grande parte desta terra era marginal do ponto de vista ambiental, de baixa qualidade para a agricultura e não dispunha de recursos significativos para garantir os meios de subsistência necessários à população negra da África do Sul (Desmond 2001, van Niekerk 2001). Esta falta de perspectivas do ponto de vista económico forçou muitos negros a migrar numa base sazonal para as vilas, cidades e zonas mineiras. Com o fim do apartheid há mais de uma década, a África do Sul emergiu como uma importante potência económica, mas continua a debater-se com a marginalização económica de determinados grupos populacionais. Esta situação tem contribuído indirectamente não só para o rápido aumento dos casos de HIV/SIDA na África do Sul, mas também para os desafios que o país enfrenta no combate à epidemia.

O principal factor económico que tem contribuído para a expansão rápida do HIV/SIDA na África do Sul é o trabalho migratório. Na África do Sul, os trabalhadores migrantes incluem migrantes rurais e urbanos, trabalhadores estrangeiros, ca-

mionistas, mulheres jovens e mineiros. Por causa da falta de oportunidades de emprego e dos rendimentos muito baixos nas áreas rurais, muitos chefes de agregados familiares, principalmente homens jovens, são forçados a emigrar para as áreas urbanas à procura de emprego. Assume-se, em geral, que quando os homens jovens deixam a sua casa no campo à procura de trabalho nas áreas urbanas, se envolvem sexualmente com outras mulheres nas áreas de destino, colocando as mulheres ou eles próprios em risco de infecção. A separação prolongada das suas mulheres encoraja os mineiros a ter relações sexuais com outras mulheres e, também, outros homens. Quando regressam às suas casas no campo, os infectados por HIV infectam as suas parceiras também. Esta migração circular é típica dos padrões de circulação dos homens e mulheres jovens em toda a África Austral (Horwitz 2001, Campbell 1997). Uma quantidade substancial de investigação

tem incidido no papel dos camionistas na África Austral e Oriental como sendo um elemento fundamental na expansão rápida do HIV/SIDA (Gilgen et al. 2001, Gould 1993, Bwayo 1994, Mbugua et al. 1995, Lankoande et al. 1998, Laukamm Josten et al. 2000, Marcus 2001). Em resumo, a economia colonial que foi introduzida na África Austral e Oriental durante o período de dominação colonial criou o ambiente fértil no qual homens e mulheres se

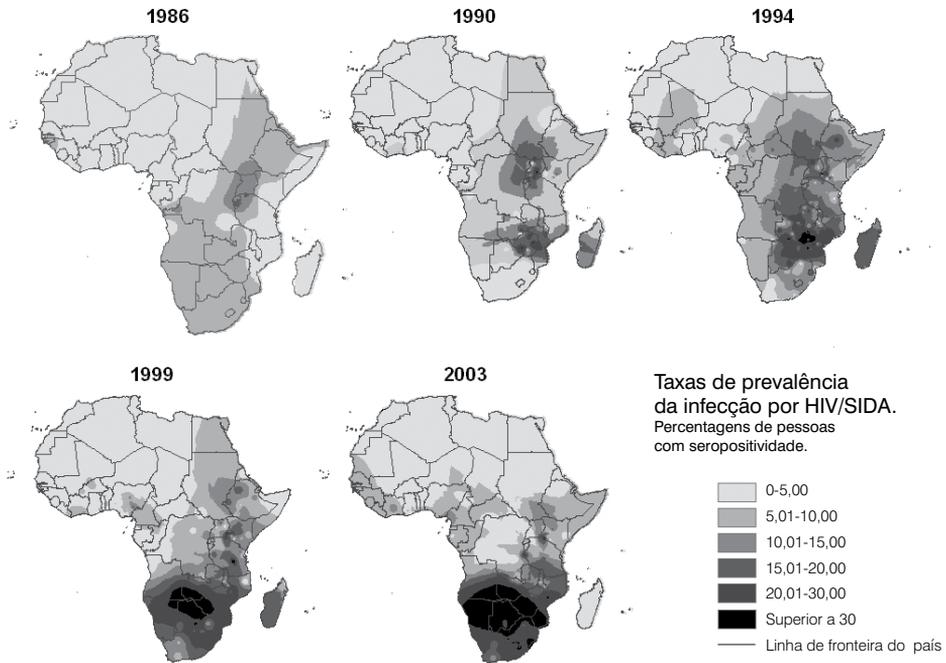
encontram vulneráveis à rápida expansão do HIV.

Género e Vulnerabilidade ao HIV/SIDA

Num estudo recente, Duffy (2005) considera que no Zimbabwe a vida das mulheres é difícil e opressiva e a sua socialização para se tornarem trabalhadoras e mães acontece num contexto de expressão limitada, subserviência, violência e pouca capacidade económica, todas elas factores constituindo barreiras à prevenção do HIV. Através da análise de factores sócio-culturais e económicos, sugere-se que as crenças e práticas culturais, juntamente com forças nacionais e internacionais, sustentam e mantêm a desigualdade de género. (Duffy 2005). A autora do estudo defende que para haver uma mudança na crise do SIDA, as estratégias de prevenção precisam de ser multifacetadas, de considerar o contexto e a cultura das pessoas e de incluir uma análise de género. De facto, quando examinamos as estatísticas sobre a prevalência e a incidência do

A elevada prevalência do HIV/SIDA na cintura do SIDA (África Austral e Oriental ver Figura 2 sobre a progressão do HIV no espaço e ao longo do tempo) está fortemente relacionada com a interligação do ambiente físico, a história, a migração internacional e as visões eurocêntricas sobre a região.

Taxas de prevalência da infecção por HIV/SIDA para anos seleccionados



* Figura 2

HIV/SIDA na África Subsaariana é claro que a pandemia tem afectado de modo crescente as mulheres. Como observa Delay (2004), a condição biológica, cultural, económica e social das mulheres pode aumentar a sua probabilidade de ser infectada por HIV. Por isso, é importante examinar variáveis que possam medir cuidadosamente o empoderamento do género de modo a compreender a variação desta pandemia, quer no tempo quer no espaço.

De facto, o que é necessário enfatizar aqui é a hipótese de que a igualdade de género é crucial para parar a doença. A autonomia feminina é importante no sentido em que é

muito pouco provável que uma mãe solteira com filhos e que tenha um emprego que lhe garanta a subsistência, se torne, por exemplo, uma trabalhadora de sexo transaccional (Kalipeni 2000). Estudos, uns a seguir aos outros, concluíram que a vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV está directamente relacionada com as relações de género, a dependência económica e os factores culturais. As mulheres e as raparigas são

A elevada prevalência e incidência de índices do HIV/SIDA na África do Sul são ilustrativos do impacto prolongado da dominação colonial e da sua economia.

particularmente vulneráveis devido à sua baixa condição social, o que por sua vez influencia a sua condição económica. Factores sociais incluindo o acesso desigual à educação, formação, e papéis atribuídos na sociedade contribuem para a vulnerabilidade (Travers e Bennett 1996, Akeroyd 1997, Lamptey et al. 2002, Kalipeni et al. 2004, Campbell e Mzaidume 2001).

Pobreza e Fardo da Doença

Como refere Stillwaggon (2001), até mesmo um simples inquérito às condições económicas prevalentes na África Subsaariana nos anos em que a epidemia da SIDA começou revela um ambiente de saúde extremamente

comprometedor. A autora refere que entre 1970 e 1997, a África Subsaariana era a única região do mundo a conhecer uma diminuição na produção alimentar e no suprimento de calorias e proteínas per capita. Num outro longo artigo, Stillwaggon (2002) discute os principais factores, todos relacionados com a pobreza, que tornaram África terreno fértil para a expansão da epidemia. Estes factores incluem o atraso económico da

saúde em África, as doenças parasitárias como a malária, a tripanossomiase, a oncocercose e numerosas outras doenças incluindo as doenças de transmissão sexual e a tuberculose como co-factores para a transmissão do HIV e a baixa nutrição que compromete o sistema imunitário. Dentro da mesma tendência, Lau e Muula (2004) enumeram diversos factores condutores do HIV incluindo o agravamento das condições económicas, as carências alimentares e a urbanização. Na realidade, muitos estudos têm defendido a redução da pobreza como sendo a chave para travar o HIV/SIDA.

Forças Globais e Empenhamento do Governo

No que se refere a esta dimensão da vulnerabilidade, se houvesse dados disponíveis, podia estudar-se a ajuda dos países desenvolvidos em termos de medicamentos, vacinas, doações de preservativos e doações financeiras. Kalipeni e Mbugua (2005), num artigo recentemente publicado, fazem uma revisão crítica da resposta internacional à epidemia do HIV/SIDA em África e lamentam as oportunidades perdidas nos últimos 20 anos. Contudo, estes dois autores referem também os muitos esforços que têm sido empreendidos por parte do mundo desenvolvido para aliviar o sofrimento causado por esta epidemia no mundo em desenvolvimento, particularmente em África. Lurie et al.

(2004) mostram como as políticas de ajustamento estrutural e de reestruturação económica introduzidas pelo Banco Mundial e pelo Fundo Monetário Internacional podem ter contribuído para a expansão do HIV nos países em desenvolvimento.

Nos poucos casos de sucesso no combate a esta doença, o empenhamento do governo, não em termos de dinheiro, mas sim através das qualidades idiossincráticas de liderança, demonstrou ser de extrema utilidade quer para travar a epidemia no seu início (por exemplo, Senegal) quer para reduzir as altas taxas do HIV/SIDA (por exemplo, Uganda). Para maior aprofundamento destes dois estudos de caso, aconselham-se os estudos de Hogle et al. 2002, UNICEF 1999, Uganda AIDS Commission 2002, Opong e Agyei Mensah 2004, Meda et al. 1999). Com base nos dois exemplos acima referidos, concluímos que embora seja verdade que a África Subsaariana continua a ser de longe a região do mundo mais afectada, há sinais enco-

rajadores da possibilidade de travar a epidemia se a comunidade internacional, os governos e as respectivas comunidades trabalharem em conjunto. Um exame minucioso dos casos do Uganda e do Senegal mostra que a introdução do modelo de prevenção ABC (Abstain, Be faithful, Condomize/Abstém-te, Sê fiel, Usa o preservativo) não foi feita passando por cima das práticas culturais. Na realidade, as relações polígamas no Senegal (uma sociedade islâmica em larga medida) não foram eliminadas, mas pelo contrário foram respeitadas como um “meio tradicional e efectivo” de proibição da promiscuidade e, por isso, capaz de evitar ITS [na religião Islâmica, a promiscuidade é punível com a morte; contudo, a poligamia é uma norma aceite e numa união poligâmica espera-se que o marido seja fiel às suas mulheres e as mulheres fiéis ao seu marido, o que explica a poligamia como sendo um meio efectivo de proibição da promiscuidade e de prevenção da expansão rápida das ITS].

A Dimensão Cultural

A cultura é talvez o factor condutor mais complexo da variação do HIV/SIDA na África Subsaariana. Yeboah (2004) considera que escrever sobre a(s) cultura(s) africana(s) a propósito do HIV/SIDA é dos assuntos mais difíceis porque se pode ser vítima da falácia de retratar a cultura africana como inferior, infelizmente uma armadilha

em que muitos autores que escreveram sobre o assunto já caíram. Já se disse, por exemplo, que os africanos são sexo positivos (por exemplo, são super-sexualizados), promíscuos, imorais, que praticam costumes perversos como a poligamia, a herança da viúva e a desfloração imoral de meninas (o costume da hiena) e por aí adiante (veja-se, por exemplo, Rushing 1995, Shannon et al. 1991, Opong e Kalipeni 1999). De facto, o paradigma cultural no que se refere à expansão do HIV/SIDA pressupõe como um facto que as práticas tradicionais, muitas vezes conduzidas em segredo, podem aumentar o risco de infecções de transmissão sexual e que as relações múltiplas são socialmente mais aceitáveis do que em outras culturas. Para além disso, notou-se que neste paradigma as mulheres têm pouco controlo sobre a sua vida sexual e, por isso, são vulneráveis ao HIV (MacDonald 1996). Todavia, em termos da poligamia, outros estudos identificaram um desencontro total entre os níveis de prevalência do HIV/SIDA e os níveis de poligamia.

A poligamia é mais comum na África do Norte onde é uma instituição perfeitamente enraizada nas sociedades islâmicas e todavia esta mesma região é a que tem os níveis de prevalência mais baixos de HIV/SIDA no continente (Tastemain e Coles 1993, Oppong 1998). Contrariando estas visões estereotipadas e esta investigação, outros estudiosos consideraram que algumas das práticas seguidas no continente podem ajudar a parar a rápida expansão da epidemia. Por exemplo, num artigo de Caldwell e Caldwell (1994) apresenta-se um mapa comparativo das taxas de prevalência de HIV/SIDA em 1989. Trata-se de um mapa das sociedades que tradicionalmente não praticavam a circuncisão masculina. A hipótese é a de que existe uma forte relação positiva entre o facto de não se ser circuncisado e os níveis de HIV/SIDA.

Instabilidade Política

A última dimensão identificada no quadro conceptual na Figura 1 responsável por pôr muita gente em risco de infecção é a instabilidade política. Como se sublinhou em Kalipeni e Oppong (1998), África teve a sua fatia de conflito político que provocou milhões de refugiados e movimentos internos de pessoas deslocadas. As consequências e o potencial para a expansão da doença têm sido trágicos. O SIDA é um incómodo particularmente assustador entre as populações refugiadas, principalmente crianças pobres, raparigas jovens e mulheres (Kalipeni e Oppong 1998). A violência sexual e a exploração são uma experiência chocantemente frequente para as mulheres refugiadas antes ou depois dos vãos e mesmo nos campos de refugiados. Um escândalo recente na República Democrática do Congo revelou que as raparigas mais jovens, mesmo as de 10 anos de idade, não estavam imunes à violação mesmo por soldados das Nações Unidas, supostamente posicionados nos campos para as proteger de rebeldes saqueadores (Holt 2004). Onde a instabilidade política é corrente, a violência sexual é com frequência um elemento que persegue as mulheres. Infelizmente, um alto risco de infecção por doenças de transmissão sexual, incluindo o HIV/SIDA acompanha toda a violência sexual contra mulheres e raparigas (UNICEF 2001). Contudo, as mulheres refugiadas não têm geralmente acesso aos elementos mais básicos dos cuidados de saúde reprodutiva quando têm de enfrentar gravidezes não desejadas, abortos

não seguros e outros riscos, tais como doenças de transmissão sexual.

VULNERABILIDADE AO HIV: O CASO DE UMA DE ZONA DE RENDIMENTO ECONÓMICO BAIXO DE LILONGWE NO MALAWI

Utilizando o quadro específico discutido acima é possível prever cenários específicos de vulnerabilidade antes e depois da infecção. O quadro permite estudar os factores sociais, políticos, económicos e culturais que aumentam a vulnerabilidade das pessoas ao HIV/SIDA. Estes factores resultam em situações de fragilidade de indivíduos e comunidades, de uma maneira geral. A seguir, apresentamos casos específicos que tornam as pessoas vulneráveis.

Plano do Estudo e Limitações

Em 2003 Kalipeni e Ghosh desenvolveram trabalho de campo sobre a percepção do risco ao HIV no seio de/entre homens e mulheres em Chinsapo, uma área peri urbana no extremo sul ocidental da cidade de Lilongwe. Chinsapo é uma área residencial de rendimento sócio-económico baixo nos arredores da cidade de Lilongwe. Apresenta características tanto rurais como urbanas e os seus residentes deslocam-se predominantemente para o centro da cidade de Lilongwe para trabalhar no sector informal, vendendo

Estudos, uns a seguir aos outros, concluíram que a vulnerabilidade das mulheres em relação ao HIV está directamente relacionada com as relações de género, a dependência económica e os factores culturais.

artesanato e artigos domésticos nos passeios e à beira das estradas. Muitos dos residentes nesta zona são emigrantes recentes do Malawi rural. Estávamos interessados em saber como é que as mulheres da zona estavam a responder à epidemia do HIV/SIDA. Chinsapo, como área residencial, caracteriza-se por uma alta densidade populacional e pela ausência de regras de construção. Os novos imigrantes pobres preferem viver aí porque gastam menos dinheiro na renda. Como sociedade resultante da imigração, muitas das pessoas que ali vivem pertencem ao grupo etário entre 15-44 anos.

Neste estudo, utilizámos na recolha de dados uma abordagem típica das ciências sociais, recorrendo a duas bem conhecidas e testadas metodologias, isto é, um questionário estruturado que foi administrado individualmente a 60 mulheres seleccionadas ao acaso e entrevistas em grupo com 20 mulheres realizadas em dois grupos, 10 mulheres por cada grupo. No princípio de 2003 desenvolvemos uma proposta para este estudo

“HIV/SIDA no Malawi: Uma Perspectiva de Género e de Vulnerabilidade”. A proposta foi apresentada ao Conselho de Avaliação da Universidade de Illinois e ao Conselho de Avaliação para a Protecção dos Seres Humanos da Universidade Dominicana da Califórnia para aprovação ética da investigação no Malawi, uma vez que estávamos a envolver seres humanos. A apresentação da proposta incluía protocolos de consentimento para as entrevistas individuais e de grupo, que eram ambas em Chichewa, a língua local, e em Inglês. Todos os participantes sabiam ler e escrever, pelo menos em Chichewa. Foi também obtida autorização para realizar as entrevistas estruturadas e as entrevistas em grupo junto do conselheiro ou do chefe do bairro onde foram seleccionados os participantes.

As entrevistas em grupo foram separadas de acordo com o género, o que se tornou necessário pelo facto da sociedade malauiense ser dominada pelos homens. As mulheres geralmente não falam quando os homens estão presentes; contudo, em grupos constituídos apenas por mulheres, é frequente elas falarem muito à vontade. No que diz respeito às entrevistas estruturadas individuais com mulheres, escolhemos entrevistadoras mulheres considerando que as perguntas no questionário eram perguntas sensíveis e sobre assuntos privados e que as mulheres estariam mais abertas para discutir estes assuntos com entrevistadoras mulheres do que com homens. Nestas entrevistas, eram feitas perguntas sobre religião, história da família, condições económicas das pessoas, história dos casamentos, planeamento familiar e redes sociais, fertilidade, parcerias sexuais e HIV/SIDA. As duas entrevistadoras mulheres estavam familiarizadas com a zona uma vez que também aí viviam e falavam a língua local, Chichewa, compreendida por todos os residentes. No caso das entrevistas em grupo, as discussões eram de natureza informal. Perguntávamos sobre as percepções e a compreensão que as pessoas tinham sobre o HIV, o que as pessoas pensavam sobre a prevenção das infecções e sobre a mudança das práticas sociais e culturais. Surpreendentemente, as dis-

cussões em grupo foram um grande sucesso uma vez que as mulheres estavam mais abertas a essas discussões do que a falar dos mesmos assuntos em entrevistas individuais.

Na verdade, os resultados das entrevistas individuais confirmaram os nossos receios. Por exemplo, um certo número de mulheres respondentes não estava à vontade para dar a informação pedida sobre o conhecimento que tinham e sobre as suas práticas no que se referia à SIDA, nem sobre eventuais conversas tidas com amigas sobre o planeamento familiar e SIDA. Outras mulheres tinham receio ou vergonha de dar informações sobre as suas relações extra-maritais porque receavam que esta informação fosse dada aos seus maridos, apesar do facto do formulário de consentimento enfatizar a confidencialidade. Algumas mulheres recu-

saram ser entrevistadas porque, como disseram, o questionário tinha demasiadas perguntas e elas tinham receio que os seus maridos soubessem que tinham sido entrevistadas dada a duração das entrevistas (cerca de uma hora e meia). Algumas mulheres recusaram-se a ouvir mencionar determinadas palavras tais como preservativos por causa das suas crenças religiosas que as proibiam de pronunciar tais palavras. As mulheres que se recusaram a ser entre-

vistadas ou a continuar a entrevista depois de ela ter começado foram retiradas da amostra.

Exemplo 1: Género e Pobreza

Neste estudo, uma jovem mulher de 17 anos, que tinha emigrado de uma área rural do Distrito de Mchinji, 54 milhas a oeste da cidade de Lilongwe, contou-nos a seguinte história (veja-se Ghosh e Kalipeni 2005):

Eu estava na 6ª classe na Escola Primária Católica Guillimme quando o meu pai morreu em 2002. Ele cultivava tabaco para pagar as propinas da escola. Sem ele, e dado que eu pertencia a uma família com 6 crianças, quatro rapazes e duas raparigas, fui forçada a abandonar a escola. A minha mãe agora só podia mandar dois rapazes à escola. Pediu-me se

podia vir para Lilongwe procurar trabalho. Vim morar com a minha tia que vive na Área 10. Seis meses mais tarde eu ainda não tinha encontrado trabalho e fui obrigada a sair da casa da minha tia porque eles têm as suas crianças para cuidar. Uma amiga trouxe-me aqui para Chinsapo. Ela também não tem nenhum emprego. Durante o dia vamos para o Mercado de Lilongwe vender coisas em segunda mão, mas há muita concorrência lá. À noite tentamos fazer tudo o que podemos para obter algum dinheiro. Às vezes, ficamos à beira da estrada para ver se alguém nos escolhe, outras vezes vamos para o Hotel Lilongwe, para o Lingadzi Inn e outros lugares do mesmo tipo onde decorre alguma conferência. Se tivermos sorte nessa noite podemos regressar a casa com cerca de K200 (US\$1.50). Alguns homens usam-nos sem nos pagar e nós temos medo que nos batam se pedirmos o pagamento. A vida é dura aqui na cidade, mas é ainda mais dura na aldeia de onde vim. De tempos a tempos consigo mandar algum dinheiro para a minha mãe, mas não revelo como e onde o consigo.

É fácil ver que a pobreza e a posição/condição inferior das mulheres provocaram a precária situação em que se encontra esta jovem. Em outras entrevistas com ela revelou ter medo de se infectar com o HIV. Referiu que alguns homens gostam de usar preservativos e outros não gostam de preservativos e que ela tem de lhes fazer a vontade em ambos os casos pois precisa desesperadamente de dinheiro. A prevalência de infecção por HIV entre as trabalhadoras de sexo transaccional no Malawi é muito alta (nível de infecção B calculada em 70%, veja-se Cole e De Blij 2007), uma vez que a maioria dos clientes está infectada por HIV e passa o vírus para as raparigas e estas, por sua vez, passam-no para outros clientes. Mas como esta rapariga frisou, elas são forçadas a estes actos pelas circunstâncias insustentáveis em que se encontram.

Exemplo 2: Género e Condição da Mulher Casada

No mesmo estudo realizado por Ghosh e Kalipeni em 2003, uma mulher casada explicou claramente a sua posição no casamento, especialmente os factores que tornam difícil que as mulheres se protejam (veja-se Ghosh e Kalipeni 2005). Esta mulher explicou o seguinte:

O meu marido morreu há 6 meses. Ficou muito magro, começou a tossir, apareceu-lhe uma mancha na pele, do tipo das manchas que afectam as pessoas que têm aquela doença a que chamam SIDA. Eu sei que ele morreu de SIDA porque eu também estou a perder peso e a começar a tossir. Eu sei que tenho a doença e que em breve vou morrer. Tenho três crianças e estou preocupada sem saber quem vai tomar conta delas quando eu já não estiver cá! É muito desesperante. Eu sabia que o meu marido andava por aí com essas raparigas de baixa moral mas tinha medo de lhe dizer para tomar precauções. Tenho pena de não o ter deixado imediatamente. Sabia que me enganava, mas eu não tenho autoridade, porque sou de uma família pobre. O gado que ele pagou por mim já foi todo morto ou vendido pelos meus pais.

Esta mulher é originária do norte do Malawi onde os grupos patrilineares, como o grupo étnico

Tumbuka, são predominantes. Seguem o sistema patrilinear no qual o noivo paga o preço da noiva (lobolo) antes do casamento. Quando uma mulher está casada, o divórcio é quase impossível uma vez que teria de pagar de volta aos familiares do marido o preço pago por ela. Esta situação coloca as mulheres completamente dependentes

dos homens. Deste modo, as mulheres casadas, mesmo que sejam fiéis aos seus maridos, correm o risco de ser infectadas pelos maridos infieis.

Exemplo 3: Trabalho Migratório e Vulnerabilidade ao HIV

Kalipeni e Ghosh (no prelo) também entrevistaram homens na zona de Chinsapo. Um dos homens entrevistados é o típico homem jovem malawiano que emigra para a África do Sul para trabalhar nas minas. Tinha concluído a 8ª classe que constitui o nível mais alto da escola primária ou elementar. Depois da conclusão da 8ª classe, não continuou a estudar na escola secundária, mas preferiu emigrar para a África do Sul para trabalhar nas minas. Este homem, agora no fim da casa dos 30 anos, disse o seguinte:

Concluí a escola elementar terminando a 8ª classe há muito tempo, no início dos anos 80 em Ntakataka no Distrito de Dedza. Assim que terminei a minha 8ª classe, fui para a África do Sul através da WENELA naquele tempo, agora

chamam-lhe THEBA. Trabalhei numa mina de ouro em Joburg. Sabe, com a WENELA, costumávamos lá ficar durante três anos seguidos sem voltar a casa. Mas eu tinha que ir para ganhar dinheiro porque queria casar com esta rapariga. Regressei ao fim de três anos, casei com a minha mulher e voltei novamente para lá. Sabe, a WENELA não permitia que levássemos as mulheres connosco. Na África do Sul eu tinha uma kazintombi [rapariga] que costumava visitar de tempos a tempos. Acho que a engravidei mas não tenho a certeza porque ela tinha outros homens mas ela apontou-me a mim. Voltei definitivamente ao Malawi em 1995. Desde então tenho estado muito doente, a minha mulher morreu o ano passado e agora estou a tomar conta dos meus filhos sózinhos. Um está na escola secundária e os outros dois estão aqui comigo. Acho que é esta doença kachilombo. [Kachilombo é um dos vários nomes para o HIV/SIDA na lingual local Chichewa – para os vários nomes locais usados para referir o HIV/SIDA veja-se Muula 2005].

Mas a conversa com este homem revelou que não tinha sido apenas na África do Sul que ele se tinha envolvido com outras mulheres, mas também em Chinsapo. É provável que tenha contraído a doença na África do Sul, a tenha trazido para o Malawi e tenha infectado a sua mulher e outras em Chinsapo. De facto, pensa-se que o principal condutor da pandemia do HIV/SIDA na África Austral seja o sistema colonial de trabalho migratório, como foi amplamente discutido no nosso quadro.

ENFRENTANDO E DIMINUINDO A VULNERABILIDADE AO HIV/SIDA

Como indica Stock (2004), África é um dos mais importantes produtores de minerais que simbolizam opulência e riqueza sólida, à prova de inflação. Cerca de 25% do ouro e mais de 50% dos diamantes no mundo vêm de África. Contudo, como lamenta Stock (2004), o continente é conhecido pela sua pobreza em vez de pela sua prosperidade. Na realidade, quando se examinam as dimensões da vulnerabilidade no modelo conceptual, muitas delas estão profundamente enraizadas e estão aqui para durar. O contexto histórico do colonialismo e os seus efeitos duradouros não podem eliminar-se da noite para o dia. Contudo, para alguns dos factores, há certas acções que podem ser implementadas a nível local com empenho genuíno do governo e apoio internacional bem intencionado.

Dão-se a seguir quatro importantes recomendações gerais para remover alguns dos obstáculos que põem mulheres e crianças em posições vulneráveis na África Subsaariana.

1. Resolvendo a desigualdade de género

Um aspecto que se adapta muito bem à luta contra a proliferação de doenças, incluindo o HIV, é a autonomia feminina, mediação e empoderamento. É também o aspecto mais fácil de enfrentar mas muitos países africanos estão atrasados. Tem sido demonstrado em todo o mundo que a educação das mulheres traz grandes benefícios para toda a sociedade em mais do que um aspecto. Recomendamos que investigadores, responsáveis pela definição de políticas, doadores internacionais e governos africanos assumam cada vez maior responsabilidade pelo custo total da educação, principalmente das raparigas que perderam os pais e, que por essa razão, não podem custear a sua educação. O acesso igual à educação para rapazes e raparigas deve ser considerado como fazendo parte de uma estratégia de longo alcance para combater esta doença.

O pensamento aqui subjacente é o de que uma educação limitada das raparigas aumenta a sua vulnerabilidade porque limita as suas opções sobre o conhecimento para se protegerem das doenças

de transmissão sexual e limita as suas opções de emprego, fazendo com que tenham de recorrer ao emprego informal que, na melhor das hipóteses, pode ser o trabalho doméstico e, na pior, a venda de sexo. Qualquer tipo de emprego, quer envolva abertamente a venda de sexo ou não, coloca a mulher em risco de abuso sexual por causa do limitado poder físico e social que as mulheres têm na arena do emprego e da falta de monitoramento e de regulamentação do emprego. Assegurar que as mulheres tenham acesso à educação e tenham a oportunidade de completar a sua educação é, por isso, uma maneira de reduzir a sua vulnerabilidade. A educação para as mulheres significa com frequência independência económica e a possibilidade de escolher livremente entre as diversas oportunidades de emprego disponíveis, muitas das quais não as expõem à infecção por HIV. Resumindo, deve colocar-se ênfase especial na protecção e educação de grupos vulneráveis, em particular crianças, mulheres e os que são muito pobres. Devem ser feitos todos os esforços para garantir os cuidados aos orfãos, principalmente às raparigas que são

vulneráveis ao abuso sexual, de modo a reduzir o risco que estas correm de infecção por HIV.

Uma outra recomendação nesta direcção relaciona-se com o aumento da disponibilidade de empréstimos de micro-crédito às mulheres. Muitas mulheres mantêm relações em que correm altos riscos de infecção por HIV porque são economicamente dependentes dos seus parceiros promíscuos. Tendo uma fonte alternativa de rendimento que permita às mulheres ser economicamente independentes dá-lhes a liberdade de se desembaraçarem de uma relação pouco saudável se estiverem conscientes de que a relação as coloca em risco de infecção por HIV.

Onde a violência contra a mulher está profundamente enraizada, os governos devem aprovar leis apropriadas e fazer cumpri-las para a tornar ilegal. Devem ser aplicadas pesadas penas para crimes desta natureza. Uma das maneiras em que a informação no Malawi está a ajudar nesta direcção é através da publicação nos seus jornais das terríveis histórias de actos desta natureza com a esperança de que a divulgação envergonhe os seus autores e outros possíveis autores no futuro. Histórias horríveis de homens desonrando os seus bebés do sexo feminino e filhas adolescentes, homens mutilando ou cortando os membros das suas mulheres, homens regando as suas mulheres com gasolina e pegando-lhes fogo, agressões graves e violação e por aí adiante são abertamente contadas nos jornais. A publicação destas histórias e a identificação dos seus autores nas notícias teve o efeito de “nomear e envergonhar” os autores, mas certamente mais precisa de ser feito.

2. Pobreza, fardo da doença e assistência global

Como já se disse anteriormente, África é um continente rico mas tristemente continua a ser um caso de dependência extrema. Anos de exploração e abandono durante a era colonial e o período pós-independência conheceram um incalculável sofrimento no continente. Recomendamos a continuação da ajuda da comunidade internacional de uma forma ou de outra. Exemplos de ajuda podem incluir formas apropriadas de apoio e tecnologia, fornecimento de medicamentos a preços razoáveis para tratar todas as

formas de doenças, não apenas o HIV, garantia de apoio para educar a população sobre como evitar a infecção por HIV e assim por diante. Como já defendemos em outro momento, a única maneira dos países africanos passarem pelos vários estádios de transição epidemiológica é através da erradicação das doenças contagiosas numa base sustentável. Na realidade, os avanços verificados no desenvolvimento de vacinas e agentes quimioterapêuticos puseram muitas doenças contagiosas sob controlo (veja-se Kalipeni 2000). Mas é preciso que sejam amplamente disponibilizados aos que deles necessitam, em particular os atormentados com o HIV/SIDA. Em relação à pobreza, as nações que emprestam ou são doadoras devem continuar os seus programas conduzindo ao perdão da dívida, de modo a que os países africanos possam começar a concentrar-se no investimento na educação, saúde e verdadeiro desenvolvimento para acabar com a pobreza e com a fome.

3. Cultura

A educação para as mulheres significa com frequência independência económica e a possibilidade de escolher livremente entre as diversas oportunidades de emprego disponíveis.

Recomendamos investigação extensiva mas culturalmente apropriada neste tópico. Ouvimos com frequência falar dos efeitos prejudiciais que os costumes arcaicos e tradições dos africanos têm na expansão da epidemia do HIV/SIDA. Contudo, ninguém parece ter quaisquer dados

sobre a prevalência desses costumes. Até que ponto estão amplamente propagados e praticados costumes como a herança da viúva, o desfloramento de raparigas (costume da hiena) e a poligamia? Que outros costumes culturais existem susceptíveis de ajudar a expansão da doença? Como podem estes costumes ser abolidos de maneira culturalmente aceitável? Há actualmente uma grande necessidade de realizar investigação a nível micro nesta área pela via do paradigma das ciências sociais.

4. Instabilidade política

A instabilidade política é um problema que teima em existir em muitos países africanos que experimentam ou experimentaram um conflito civil. Contudo, o maior empenho político e económico e maior acção por parte dos intervenientes locais, regionais e internacionais pode certamente ajudar a alcançar soluções duradouras. A este respeito recomendamos a continuação das reformas políticas e dos acordos de paz, o envolvimento e o empoderamento das organizações pan-africanas, mudanças na política externa por parte dos gover-

nos ocidentais e maior fiscalização por parte das organizações não-governamentais (ONGs), tais como a *Medicus Mundi Catalunya* na vigilância de surtos da doença e na atribuição e distribuição de ajuda de emergência nos campos de refugiados. Organizações Pan Africanas, como a União Africana a nível continental, a ECOWAS, a Comunidade do Desenvolvimento da África Austral (SADC), a Liga Árabe, etc. a nível regional devem ser empoderadas não apenas para garantir a paz a nível continental e nas suas respectivas regiões, mas também para prevenir a intensificação da violência política e do conflito. Recomendamos vigorosamente que se chame à responsabilidade os soldados da paz que guardam campos de refugiados para garantir que não haja abuso de grupos vulneráveis como mulheres e crianças (como aconteceu recentemente na RDC).

5. Trabalho Migratório

O contexto histórico do trabalho migratório permanece e vai continuar no futuro imprevisível. Contudo, as consequências da emigração sobre a família e a proliferação do HIV e outras doenças podem ser aliviadas através de uma responsabilidade social colectiva. Por exemplo, no caso da indústria mineira na África do Sul, as companhias podem divulgar informação junto dos camionistas e dos trabalhadores emigrados sobre os factores de risco aumentando assim o seu nível de consciencialização. Isto ajudaria a reduzir os casos do HIV/SIDA, os custos médicos e aumentaria a produtividade. Para além disso, os alojamentos dos mineiros podiam ser radicalmente melhorados. Os melhoramentos podiam incluir, por exemplo, a construção de blocos de apartamentos para permitir a vinda das famílias juntamente com os homens dos seus países de origem.

CONCLUSÃO

Neste artigo sublinhámos algumas dimensões da vulnerabilidade ao HIV desenvolvendo um modelo conceptual sobre como as macro-e micro-condições podem conduzir as pessoas a desenvolver comportamentos que as podem pôr em risco. Estas dimensões têm raízes profundas na história do continente, principalmente no período colonial. O contexto histórico do colonialismo e a sua economia assente no trabalho migratório, assuntos de género contemporâneos, a pobreza e o fardo da doença, as forças globais e o empenho do governo e o contexto cultural todos eles se entrelaçaram de formas complexas para pôr os povos da África Subsaariana em risco de contrair o HIV. Este quadro visando compreender a vulnerabilidade argumenta que, embora o comportamento e as acções sejam inerentemente importantes na

vulnerabilidade ao HIV, o contexto é ainda mais crítico. Tais comportamentos individuais e acções ocorrem num contexto social e espacial e habitualmente em resposta a fenómenos sociais e culturais de larga escala e outros ditames e pressões. Assim, qualquer avaliação da vulnerabilidade ao HIV ou investigação sobre esta tem de incluir factores globais, nacionais, regionais e comunitários que influenciam ou exacerbam a vulnerabilidade pessoal. Resumindo, a vulnerabilidade é multi-dimensional e resulta de múltiplas combinações de factores.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE E. KALIPENI

- O papel da educação na luta contra o HIV/SIDA é chave, podendo contribuir para melhorar as competências das mulheres e, com isso, reduzir a sua vulnerabilidade.
- A partir da problemática descrita por Kalipeni – homens que trabalham em países vizinhos e têm esposas no lugar de trabalho e no de procedência – levanta-se a questão de que tanto a estrutura como o conceito de família parecem estar a mudar, o que pode afectar a epidemiologia do SIDA.

BIBLIOGRAFIA

Addai, Isaac

1999 *Ethnicity and Sexual Behavior*.
Social Biology 46(1-2):17-32.

Adepoju, Aderanti

2003 *Continuity and Changing Configurations of Migration to and from the Republic of South Africa*. International Migration 41(1):3-28.

Akeroyd, Anne V.

1997 *Sociocultural Aspects of AIDS in Africa: Occupational and Gender Issues*. In *AIDS in Africa and the Caribbean*. George C. Bond, John Kreniske; Ida Susser; and Joan Vincent, eds. Pp. 11-30. Boulder, Colorado: Westview Press.

Becker, Charles, Jean-Pierre Dozon, Christine Obbo, and Moriba Toure, eds.

1999 *Experiencing and Understanding AIDS in Africa*. Dakar: CODESRIA

Bond, George, and Joan Vincent

1997 *AIDS in Uganda: The First Decade*. In *AIDS in Africa and the Caribbean*. George C. Bond, John Kreniske; Ida Susser; and Joan Vincent, eds. Pp. 85-98. Boulder, Colorado: Westview Press.

Brockhoff, Martin, and Ann E. Biddlecom

1999 *Migration, Sexual Behavior and the Risk of HIV in Kenya*. International Migration Review 33(4):833-857.

Bwayo, J., F. Plummer, M. Omari, A. Mutere, S. Moses, J. Ndinya-Achola, P. Velentgas, and J. Kreiss

1994 *Human Immunodeficiency Virus Infection in Long-Distance Truck Drivers in East Africa*. Archives of Internal Medicine 154(12): 1391-1396.

Caldwell, John C., and Pat Caldwell

1994 *The Neglect of an Epidemiological Explanation for the Distribution of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Exploring the Male Circumcision Hypothesis*. In *AIDS Impact and Prevention in the Developing World: Demographic and Social Science Perspectives*. John G. Cleland and Peter O. Way, eds. Pp. 23-46. Canberra ACT: Health Transition Centre, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University.

Campbell, Catherine

1997 *Migrancy, Masculine Identities and AIDS: The Psychosocial Context of HIV Transmission on the South African Gold Mines*. Social Sciences and Medicine 45(2):273-283.

Campbell, Catherine, and Zodwa Mzaidume

2001 *Grassroots Participation, Peer Education, and HIV Prevention by Sex*

Workers in South Africa. American Journal of Public Health 91(12):1978-1986.

Chirwa, Wiseman C.

1998 *Aliens and AIDS in Southern Africa: The Malawi-South Africa Debate*. African Affairs 97(386):53-79.

Cole, Roy, and H. J. De Blij

2007 *Survey of Sub-Saharan Africa: A Regional Geography*. New York: Oxford University Press.

Connor, Edward M., Rhoda S. Sperling, Richard Gelber, Pavel Kiselev, and others

1994 *Reduction in Maternal-Infant Transmission of HIV Type 1 with Zidovudine Treatment*. New England Journal of Medicine 331(18):1173-1180.

Decosas, Josef

1996 *HIV and Development*. AIDS 10 (Suppl 3):S69-S74.

Decosas, Josef, F. Kane, J. K. Anarfi, K. D. R. Sodji, and H. U. Wagner

1995 *Migration and AIDS*. Lancet 346(8978):826-828.

Delay, Paul

2004 *Gender and Monitoring the Response to HIV/AIDS Pandemic*. Emerging Infectious Diseases 10(11):1979-1983.

Desmond, Johns

2001 *Health and Development in South Africa: From Principles to Practices*. Development. 44(1):122-128.

Diallo, M. O., V. Etienne-Traore, M. Maran, J. Kouadio, K. Brattegard, A. Makke,

E. Van Dyck, M. Laga, and K. M. De Cock
1997 *Sexually Transmitted Diseases and Human Immunodeficiency Virus Infections in Women Attending an Antenatal Clinic in Abidjan, Cote d'Ivoire*. International Journal of STD and AIDS 8(10):636-638.

Duffy, Lynne

2005 *Culture and Context of HIV Prevention in Rural Zimbabwe: The Influence of Gender Inequality*. Journal of Transcultural Nursing 16(1):23-31.

Fourn, L., and S. Ducic

1996 *Epidemiological Portrait of Acquired Immunodeficiency Syndrome and Its Implications in Benin*. Sante 6(6):371-376.

Ghosh, Jayati and Kalipeni, Ezekiel

2005 *Women in Chinsapo, Malawi: Vulnerability and Risk to HIV/AIDS*. Journal of Social Aspects of HIV/AIDS 2(2):320-332.

Gilgen, D., B. G. Williams, C. MacPhail, C. J. van Dam, C. Campbell,

R. C. Ballard, and D. Taljaard

2001 *The Natural History of HIV/AIDS in a Major Goldmining Centre in South Africa: Results*

of a Biomedical and Social Survey. South African Journal of Science 97(9/10):387-392.

Girdler-Brown, Brendan

1998 Eastern and Southern Africa. International Migration 36(4):513-551.

Gould, Peter

1993 *The Slow Plague: A Geography of the AIDS Pandemic*. Boston: Blackwell Publishers.

Grosskurth, Heiner, Frank Mosha, James Todd, Ezra Mwijarubi and others

1995 *Impact of Improved Treatment of Sexually Transmitted Diseases on HIV Infection in Rural Tanzania: Randomized Control Trial*. Lancet 346(8974):530-536.

Haour-Knipe, Mary, and Richard Rector

1996 *Crossing Borders: Migration, Ethnicity and AIDS*. Bristol, PA: Taylor and Francis.

Hogle, J. A., E. Green, V. Nantulya,

R. Stoneburner, and J. Stover

2002 *What Happened in Uganda? Declining HIV Prevalence, Behavior Change, and the National Response*. Washington, D.C.: Office of HIV/AIDS, Bureau for Global Health, US Agency for International Development.

Holt, Kate

2004 DR Congo's Shameful Sex Secret. BBC News, Thursday, 3 June. Electronic document, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/africa/3769469.stm>, accessed November 8, 2006.

Horwitz, Simonne

2001 *Migrance and HIV/AIDS: A Historical Perspective*. South African Historical Journal 45:103-124.

Kalipeni, Ezekiel

2000 *Health and Disease in Southern Africa. A Comparative and Vulnerability Perspective*. Social Science and Medicine 50(7):965-983.

Kalipeni, Ezekiel, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds.

2004 *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Oxford: Blackwell Publishers.

Kalipeni, Ezekiel, and Jayati Ghosh

In press Concern and Practice Among Men about HIV/AIDS in Low Socioeconomic Income Areas of Lilongwe, Malawi. Social Science and Medicine.

Kalipeni, Ezekiel, and Njeri Mbugua

2005 *A Review of Prevention Efforts in the Fight Against HIV and AIDS in Africa*. Norwegian Journal of Geography 59(1):26-36.

Kalipeni, Ezekiel, and Joseph R. Oppong

1998 *The Refugee Crisis in Africa and Implications for Health and Disease: A Political Ecology Approach*. Social Science and Medicine 46(12):1637-1653.

Kreiss, J. K., D. Koech, F. A. Plummer, K. K. Holmes, M. Lightfoote, P. Piot, A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola, L. J. D'Costa, P. Roberts, E. Ngugi, and Quinn, T.

1986 *AIDS Virus Infection in Nairobi Prostitutes: Spread of the Epidemic to East Africa*. New England Journal of Medicine 314(7): 414-418.

Lampthey, Peter, Merywen Wigley,

Dara Carr, and Yvette Collymore

2002. *Facing the HIV/AIDS Pandemic*. Population Bulletin 57(3):1-39.

Lankoande, S., N. Meda, L. Sangare,

I. P. Compaore, J. Catraye, S. Zan,

E. van Dyck, M. Cartoux, R. Soudre

1998 *HIV Infection in Truck Drivers in Burkina Faso: A Serologic Study*. Médecine Tropicale: Revue du Corps de Santé Colonial 58(1):41-47.

Lau, Corey, and Adamson S. Muula

2004 *HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa*. Croatian Medical Journal 45(4): 402-414.

Laukamm-Josten, U., B. K. Mwijarubi,

C. L. Mwajonga, A. Outwater, J. J. Valadez,

D. Nyamwaya, R. Swai, T. Saidel,

K. Nyamuryekung'e

2000 *Preventing HIV Infection Through Peer Education and Condom Promotion Among Truck Drivers and Their Sexual Partners in Tanzania, 1990-1993*. AIDS Care 12(1):27-40.

Lurie, Peter, Percy C. Hintzen,

and Rober A. Lowe

2004 *Socioeconomic Obstacles to HIV Prevention and Treatment in Developing Countries: The Roles of the International Monetary Fund and the World Bank*. In HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds. Pp. 204-212. Malden, MA: Blackwell Publishers.

Lyons, Maryinez

2004 *Mobile Populations and HIV/AIDS in East Africa*. In HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds. Pp. 175-190. Malden, MA: Blackwell Publishers.

MacDonald, David S.

1996 *Notes on the Socio-economic and Cultural Factors Influencing the Transmission of HIV in Botswana*. Social Science and Medicine 42(9):1325-1333.

Marcus, Tessa

2001 Is There an HIV/AIDS Demonstration Effort? Findings from a Longitudinal Study of Long Distance Truck Drivers. Society in Transition 32(1):110-120.

Mbugua, G. G., L. N. Muthami, C. W. Mutura, S. A. Oogo, P. G. Waiyaki, C. P. Lindan, and N. Hearst

1995 *Epidemiology of HIV Infection Among Long Distance Truck Drivers in Kenya*. The East African Medical Journal 72(8):515-518.

Meda, Nicolas, Ibra Ndoye, Souleymane M'Bou, Alpha Wade, Salif Ndiayee, Cheikh Niang, Fatou Sarr, Idrissa Diop, and Michel Carael

1999 *Low and Stable HIV Infection Rates in Senegal: Natural Course of the Epidemic or Evidence for Success of Prevention?* AIDS 13(11):397-1405.

Muula, Adamson

2005 *What should HIV/AIDS Be Called in Malawi?* Nursing Ethics 12(2):187-192.

Ndinya-Achola, J. O., A. E. Ghee, A. N.

Kihara, M. R. Krone, F. A. Plummer, L.

D. Fisher, and K. K. Holmes

1997 *High HIV Prevalence, Low Condom Use and Gender Differences in Sexual Behavior Among Patients with STD-Related Complaints at a Nairobi Primary Health Care Clinic*. International Journal of STD and AIDS 8(8):506-514.

Oppong, Joseph R

1998 *A Vulnerability Interpretation of the Geography of HIV/AIDS in Ghana, 1986-1995*. The Professional Geographer 50(4): 437-448.

Oppong, Joseph R., and Samuel Agyei-Mensah

2004 *HIV/AIDS in West Africa: The Case of Senegal, Ghana, and Nigeria*. In *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds. Pp. 70-82. Malden, MA: Blackwell Publishers.

Oppong, Joseph R., and Ezekiel Kalipeni

1999 *A Cross-Cultural Perspective on AIDS in Africa: A Response to Rushing*. African Rural and Urban Studies 3(2):91-112.

Pickering, H., M. Okongo, A. Ojwiya,

D. Yirell, and J. Whitworth

1997 *Sexual Networks in Uganda: Mixing Patterns Between a Trading Town, Its Rural Hinterland and a Nearby Fishing Village*. International Journal of STD and AIDS 8(8):495-500.

Quinn, Thomas C. Q., Maria J. Wawer, Nelson

Sewankambo, David Serwadda, Chuanjun,

L. Fred Wabwire-Mangen, Mary O. Meehan,

Thaoms Lutaro, and Ronald H. Gray

2000 *Viral Load and Heterosexual Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1*. New England Journal of Medicine 342(13):921-927.

Rugalema, Gabriel

2004 *Understanding the African HIV Epidemic: An Appraisal of Lay Discourse on HIV/AIDS in Africa*. In *HIV/AIDS in Africa: Beyond Epidemiology*. Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R. Oppong, and Jayati Ghosh, eds. Pp. 191-203. Malden, MA: Blackwell Publishers.

Rushing, William A

1995 *The AIDS Epidemic: Social Dimensions of an Infectious Disease*. Boulder, Colorado: Westview Press.

Schneider, Mark, and Michael Moodie

2002 *The Destabilizing Impact of HIV/AIDS First Wave Hits Eastern and Southern Africa, Second Wave Threatens India, China, Russia, Ethiopia, Nigeria*. Washington, D.C.: Center for Strategic and International Studies. Electronic document, <http://www.csis.org/media/csis/pubs/0205-destimp.pdf>, accessed November 7, 2006.

Shannon, Gary W., Gerald F. Pyle,

and Rashid Bashshur

1991 *The Geography of AIDS: Origins and Course of an Epidemic*. New York: Guilford Press.

Stillwaggon, Eileen

2000 *HIV Transmission in Latin America: Comparison with Africa and Policy Implications*. South African Journal of Economics 68(5): 985-1011.

Stillwaggon, Eileen

2001 *AIDS and Poverty in Africa*. Nation 272(20): 22-25. Electronic document, <http://www.thenation.com/doc.mhtml?i=20010521&c=2&s=stillwaggon>, accessed November 4, 2006.

Stillwaggon, Eileen

2002 *HIV/AIDS in Africa: Fertile Terrain*. Journal of Development Studies 38(6):1-22.

Stillwaggon, Eileen

2003 *Racial Metaphors: Interpreting Sex and AIDS in Africa*. Development and Change 34(5):809-832.

Stock, Robert

2004 *Africa South of the Sahara: A Geographical Interpretation*. New York: Guilford Press.

Tastemain, Catherine,

and Peter Coles

1993 *Can a Culture Stop AIDS in its Tracks*. New Scientist 139 (Sept. 1):13-14.

Travers, Morgan, and Lydia Bennett

1996 *AIDS, Women, and Power*. In *AIDS as a Gender Issue: Psychosocial Perspectives*. Lorraine Sherr, Catherine Hankins, and Lydia Bennett, eds. Pp. 64-98. Bristol, PA: Taylor and Francis.

Uganda AIDS Commission

2002 *Follow-Up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS): Uganda Country Report*. Kampala: Uganda AIDS Commission.

UNICEF

1999 *Children Orphaned by AIDS: Front-Line Responses from Eastern and Southern Africa*. New York: UNICEF. Electronic document. <http://www.unicef.org/publications/pub-aids-en.pdf>, accessed October 12, 2006.

UNICEF

2001 *Analysis of the Situation of Sexual Exploitation of Children in the Eastern and Southern Africa Region: The Vicious Cycle of Sexual Exploitation, HIV/AIDS, Vulnerability of Children and Violations of Children's Human Rights*. Nairobi : UNICEF, Eastern and Southern Africa Regional Office.

Upton, Rebecca L.

2003 *Women Have No Tribe: Connecting Carework, Gender, and Migration in an Era of HIV/AIDS in Botswana*. *Gender and Society* 17(2): 314-322.

van Niekerk, Ashley

2001 *Moral and Social Complexities of AIDS in Africa*. *Journal of Medicine and Philosophy* 27(2):143-162.

Wasserheit, Judith N.

1992 *Epidemiological Synergy: Interrelationships between Human Immunodeficiency Virus Infection and Other Sexually Transmitted Diseases*. *Sexually Transmitted Diseases* 19(2):61-77.

Waterston, Alisse

1997 *Anthropological Research and the Politics of HIV Prevention: Towards a Critique of Policy and Priorities in the Age of AIDS*. *Social Science and Medicine* 44(9):1381-1391.

Wiktor, Stefan Z., Ehounou Ekpini,

John M. Karon, John Nkengasong,

Chantal Maurice, Sibailly T. Severin,

Thierry H. Roels, Moise K. Kouassi,

Eve M. Lackritz, Issa-Malick

Coulibaly, and Alan E Greenberg

1999. *Short Course Oral Zidovudine for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire: A Randomized Trial*. *Lancet* 353(9155):781-785.

World Council of Churches

1999 *Facing AIDS: Education in the Context of Vulnerability to HIV/AIDS*. Geneva: World Council of Churches. Electronic document. <http://www.wcc-coe.org/wcc/what/mission/facing2.html>, accessed November 3, 2006.

Yeboah, Ian

In press *HIV/AIDS and the Construction of Africa: Heuristic Lessons from the Social Sciences for Policy*. *Social Science and Medicine*.

Zuma, K., E. Gouws, B. Williams, and M. Lurie

2003 *Risk Factors for HIV Infection among Women in Carletonville, South Africa: Migration, Demography and Sexually Transmitted Diseases*. *International Journal of STD & AIDS* 14(12):814-817.

A EXPERIÊNCIA DA PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA EM MOÇAMBIQUE NO ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

Elsa Jacinto,
Ministério da Saúde Moçambique
Área de Saúde Reprodutiva

1. INTRODUÇÃO

A redução da taxa de novas infecções pelo VIH/SIDA, bem como a mortalidade materna e perinatal, passa necessariamente pelo acesso universal aos serviços integrados e de qualidade de saúde sexual e reprodutiva, particularmente em África, onde os recursos quer humanos quer materiais são escassos.

Parar a transmissão do VIH/ SIDA, começar a reverter a propagação, e melhorar a saúde materna, reduzindo-a em 75 por cento até 2015, afigura-se como um enorme desafio, devido a situação de pobreza e concomitantemente, a razão de mortalidade materna elevada particularmente na África Sub-Sahariana. Com efeito, esta oscila entre 124 a 1300/100,000 nados vivos nos países da África Austral com um índice de prevalência do VIH variando entre 2% em Madagáscar e 38% na Suazilândia (*African Union Commission 2006*).

Apenas 11% dos doentes de SIDA em África, tem acesso a terapia anti-retroviral, contra 14% na Ásia e 62% na América Latina. O número de mulheres jovens infectadas pelo VIH é quase o dobro do número de homens infectados na África Sub-Sahariana. Estimou-se que em 2001 entre 6 e 11% de mulheres jovens viviam com o VIH/SIDA, comparados com 3 a 6% de homens jovens.

A morte de uma mulher repercute negativamente na economia do país, como também na família. A amamentação reduz as despesas da família, sobretudo nas mais pobres, para além de que sendo as mulheres na sua maioria domésticas, cuidam das crianças, educando-as e alimentando-as.

Face ao panorama acima descrito, esta comunicação procura referenciar que urge que toda

a comunidade, pessoas colectivas e singulares, reforcem as parcerias, para em conjunto salvar a vida de milhões de mulheres que morrem anualmente, devendo para tal, delinear estratégias a baixo custo mas efectivas.

2. MARCO CONCEPTUAL

No mundo, até finais de 2005, o número de pessoas vivendo com o HIV/SIDA (PVHS) foi estimado em 38.6 milhões, dos quais 25.4 milhões na África Sub Sahariana.

A redução da taxa de novas infecções pelo VIH/SIDA, bem como a mortalidade materna e perinatal, passa necessariamente pelo acesso universal aos serviços integrados e de qualidade de saúde sexual e reprodutiva, particularmente em África, onde os recursos quer humanos quer materiais são escassos.

Urge que a comunidade, pessoas colectivas e singulares, reforcem as parcerias, para em conjunto salvar a vida de milhões de mulheres que morrem anualmente, devendo para tal, delinear estratégias a baixo custo mas efectivas.

A análise das causas de morte materna em África, realizada pela OMS em 2005, revelou que das 9 principais causas de mortes maternas, a infecção pelo VIH/SIDA ocupa o 4º lugar com 6.2%, sendo a primeira causa Hemorragia, seguida por Sepsis e Doenças Hipertensivas em 3º lugar (*WHO 2005*).

A revisão da literatura revela que na maioria dos países onde os serviços de cuidados pré-natais, de atenção ao parto e pós-natal são parte essencial dos cuidados de saúde primários, estes oferecem uma oportunidade chave de acesso às mulheres aos serviços relacionados com a prevenção, cuidados e tratamento do VIH/SIDA, especialmente os serviços de prevenção da transmissão

vertical do HIV e tratamento anti-retroviral.

Estudos recentes vêm demonstrando que, nos serviços onde as actividades de saúde são integradas e baseadas nos Cuidados de saúde primários, há pacientes suficientes para obter uma cobertura óptima (*Unger et al. 2006*).

O acesso aos serviços de saúde é um factor importante nos sistemas de saúde e tem um impacto directo no controle da saúde da população. A sua medição favorece o desenvolvimento de políticas baseadas na evidência. Para um acesso

universal à atenção institucionalizada, é necessário um sistema de saúde bem articulado, onde a comunidade tem um papel fundamental e indispensável.

Para fornecer uma melhor compreensão do texto, apresento alguns conceitos que serão operacionalizados no presente trabalho:

Comunidade – conjunto de pessoas que partilham mesma linguagem, rituais e cerimónias similares, mesmos valores e normas, têm história comum, influenciam-se uns aos outros com suporte mútuo (*Israel 1994*).

Empoderamento comunitário – É um estado vivencial onde os membros têm um diálogo participativo, identificam suas semelhanças, solucionam conflitos na comunidade, tomam decisões e constroem novas estratégias para a mudança, ganhando influência e controle da qualidade de vida das suas comunidades. Isto implica que os indivíduos e organizações utilizem suas habilidades, competências e recursos num esforço colectivo, para satisfação das suas necessidades e influenciem decisões e mudanças num amplo sistema social. O empoderamento comunitário, está interligado com o empoderamento individual e organizacional⁶ (*Ibidem*).

Cuidados Domiciliários / CD - O MISAU distingue cuidados de visitas domiciliárias.

Cuidados - são definidos como o atendimento prestado em casa às PVHS e sua família, os quais incluem: educação para saúde, prevenção e aconselhamento sobre HIV/SIDA, avaliação e cuidados dos sintomas, aderência aos medicamentos e um sistema de referência entre o SNS e a comunidade e outros sectores sociais, com vista à redução de transmissão do VIH e ao atendimento integral das PVHS.

Visitas domiciliárias são contactos feitos à pessoas ou famílias que têm, em geral, como objectivo, o apoio social, emocional e espiritual.

O Sistema Nacional de Saúde não implementa cuidados domiciliários, mas desempenha um papel regulador que inclui coordenação, aplicação das normas, monitoria e avaliação, supervisão técnica pelos HDD e Hospitais de Dia US aos profissionais treinados para o efeito.

Tendo como grandes determinantes da alta morbilidade e mortalidade materna, atrasos na recepção de cuidados de saúde geral e obstétricos atempados e apropriados, estes foram agrupados em 3 blocos, denominados de 3 atrasos⁷ (*Maine 1997*):

1º Atraso – atraso na decisão de procura de cuidados sanitários

Contribuem: o analfabetismo, a baixa escolaridade, a pobreza, a falta de informação adequada, estatuto da mulher e factores culturais.

2º Atraso – atraso em chegar à Unidade Sanitária adequada com cuidados de saúde e obstétricos apropriados

Contribuem: a rede e distribuição das Unidades Sanitárias, as distâncias a percorrerem da residência à US, a disponibilidade de transporte.

3º Atraso – atraso em receber os cuidados necessários e adequados a nível da US

Contribuem: o sistema de referência, ruptura de stock de medicamentos essenciais, escassez ou falta de material, falta ou insuficiência de pessoal treinado para emergências obstétricas

3. A EXPERIÊNCIA DE MOÇAMBIQUE

Moçambique é considerado um dos países mais pobres do mundo, situado no continente africano, com uma população actual estimada a partir do censo populacional realizada em 1997 de cerca de 19.980.935 habitantes, dos quais 23% são mulheres em idade reprodutiva e 30.7% são crianças dos 0 aos 9 anos.

No continente africano, a esperança média de vida à nascença actual é de 47 anos, comparado com a estimativa de 62 anos se não houvesse SIDA. Em Moçambique a esperança de vida a

nascença antes do SIDA era estimada em 42,5 anos, contra 27,1 anos previstos para 2010 (*African Union Commission*). A prevalência no país do VIH é de 16,2%. Das pessoas vivendo com o VIH, 80,000 são crianças, 570,000 homens e 800,000 mulheres com uma tendência crescente da prevalência do VIH na população dos 14 aos 24 anos (*MISAU 2005*).

O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) realizado em 1997, mostrou uma taxa de fertilidade de 5,7% por mulher, cobertura pré-natal de 71,4%, mas apenas 30% dos partos ocorrendo em instituições de saúde; 40% das adolescentes já tinham iniciado a maternidade e a idade média da primeira relação sexual nas raparigas era aos 16 anos. O conhecimento da existência do SIDA entre as mulheres era de 80,20% contra 93,75% dos homens. 66,26% das mulheres não conheciam nenhuma forma de evitar o SIDA contra 47,45% de homens. O uso de preservativo entre as mulheres era de 1,5% e 3,2% nos homens.

As coberturas discordantes, consulta pré-natal elevada e baixa de partos institucionais, o baixo uso de preservativos com alto conhecimento do SIDA, orientou-nos para a necessidade de uma pesquisa operacional direccionada para as ciências sociais.

E, por considerar a mortalidade materna um problema de grande importância para Moçambique, o Ministério da Saúde conduziu, em simultâneo, um estudo de revisão de 90 mortes maternas em 7 das 11 províncias entre 1998 e 1999 (*Ministerio de Saúde 1999*) para identificação dos principais determinantes da morbilidade e mortalidade materna, assim como uma avaliação de necessidades em maternidade segura. A metodologia utilizada para o estudo, baseou-se no “Módulo VI – Revisão da Mortes Maternas” que é parte da Avaliação de Necessidades em Maternidade Segura (OMS *Safe Motherhood Needs Assessment*).

O estudo de mortes maternas incluiu os diversos factores que influenciam as mortes, desde a estrutura dos serviços de saúde à comunidade, e teve como objectivo desenhar estratégias aos vários níveis para a melhoria da saúde da mãe e da criança. Dentre as principais causas de mortes maternas identificadas constaram as relacionadas com a gravidez/parto: a sepsis puerperal, hemorragia

e ruptura uterina e dentro das causas indirectas foram identificadas a malária, anemia e SIDA.

Entre as entrevistas realizadas às 90 famílias, 74% demonstrou que houve demora na decisão de procura de cuidados. De entre estes, 66% levaram mais de 1 dia a decidir levar a doente à Unidade Sanitária.

Quanto à utilização dos serviços de saúde: 46% das mulheres não frequentaram nenhuma consulta pré-natal, 34% fizeram entre 1 e 3 consultas e 19% fizeram 4 ou mais consultas.

Uma das lições importantes aprendidas durante este estudo foi que os factores relacionados com a comunidade: decisão atempada de procura dos cuidados médicos e alcance da unidade sanitária, tem um peso significativo na mortalidade materna.

O empoderamento comunitário, está interligado com o empoderamento individual e organizacional.

Das pessoas vivendo com o VIH, 80,000 são crianças, 570,000 homens e 800,000 mulheres com uma tendência crescente da prevalência do VIH na população dos 14 aos 24 anos.

A maioria das mortes ocorre nas 1as 24 horas, mesmo em unidades sanitárias com recursos humanos, medicamentosos e materiais adequados, o que evidencia a chegada tardia à unidade sanitária (experiência pessoal).

As conclusões do estudo foram sistematizadas e feitas recomendações, com acções específicas que serviram de suporte para a elaboração da Estratégia Nacional para a

Redução da Mortalidade Materna e Perinatal, que está baseada no modelo dos 3 atrasos, e seu Plano Operacional de 5 anos, visando entre outros objectivos, o aumento do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva., implementada a partir de 2001 (*Ministerio da Saúde 2000*).

O Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) realizado em 2003, revelou uma melhoria nos indicadores de saúde materna e infantil quando comparado com o IDS de 1997. Entre eles, a cobertura de partos institucionais que melhorou de 30% para 47,7%; a taxa de mortalidade materna de 692 para 408 mortes maternas por cada 100.000 nados vivos e a taxa de mortalidade infantil de 219 para 178 por 1000 nascimentos. O conhecimento do SIDA entre as mulheres aumentou de 82,20% para 95,66%, e de 93,75% para 97,88% nos homens. A percentagem de mulheres que não sabiam nenhuma forma de evitar o SIDA reduziu de 66,26% para 36,24%, enquanto que

nos homens a redução foi menor de 47.45% para 39.06%. Houve melhoria significativa no uso de preservativo em ambos os sexos: 1.5% para 20.4% entre as mulheres e 3.2% para 33.8% entre os homens.

Os avanços alcançados em 2003 resultaram da implementação concomitante das actividades definidas para os 3 atrasos, tendo o envolvimento comunitário contribuído de modo significativo para o aumento do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, apesar das condições de degradação das infra-estruturas, falta de equipamento e medicamento, água, energia e escassez e iniquidade na distribuição dos recursos humanos, com maior concentração de quadros qualificados a nível das capitais provinciais e distritais, em detrimento das unidades sanitárias periféricas.

Actividades relacionadas ao 1ºatraso: Promoção do aumento do conhecimento, envolvimento e empoderamento da comunidade em assuntos relacionados com a saúde reprodutiva através de:

- Capacitação dos líderes e organizações de base comunitária em questões de saúde, sinais de alarme e perigo na gravidez, parto, puerpério e no recém-nascido; educação nu-

tricional com enfoque para a mulher grávida e criança e promoção de boas práticas de amamentação.

- Formação de activistas comunitários para: oferta dos cuidados domiciliários para as pessoas vivendo com VIH/SIDA, distribuição comunitária de anticoncepcionais de reposição, mobilização das grávidas para assistência pré-natal, parto institucional, consulta pós-natal, de planeamento familiar e AIDI (atenção integrada às doenças de infância).

- Formação de jovens activistas na comunidade direccionados para a comunicação com o adolescente e jovem "Geração BIZ", que é um programa conjunto dos Ministérios da Saúde, Educação e Cultura; e Juventude e Desportos, com vista a abranger jovens dentro e fora da escola.

- Criação de sistemas de transportes comunitários, com apoio de parceiros – bicicleta e motorizada ambulâncias e de tração animal.

- Capacitação, sensibilização e mobilização das Parteiras Tradicionais para incentivar as mulheres para frequência aos serviços de saúde materna e infantil e utilização das casas de espera para a mulher grávida que mora longe da unidade sanitária.



- Envolvimento do homem nas questões relacionadas com a saúde da mulher e da criança.
- Construção conjunta comunidade/ONG's de casas de espera para mulheres grávidas que moram longe das maternidades.

Actividades relacionadas ao 2º e 3º atraso: Procedeu-se ao aumento da disponibilidade de transporte, sistema de referência de doentes, apetrechamento e equipamento das unidades sanitárias, capacitação dos provedores em Cuidados Obstétricos de Emergência e aumento do número de unidades sanitárias oferecendo os cuidados obstétricos básicos e completos.

Devido ao aumento crescente na prevalência do HIV/SIDA entre os jovens, foram definidas intervenções específicas para informar, educar e sensibilizar os jovens e adolescentes. Foi criado o SAAJ, que representa a unidade de implementação do programa multisectorial de SSRAJ/VIH/SIDA nos cuidados básicos de saúde com satélites comunitários;

Para prevenir a transmissão do HIV da mãe para filho, foram adoptadas estratégias desde o período pré-natal até ao pós-natal integradas nos serviços de Cuidados de Saúde Primários (Saúde Materno Infantil), que incluem assegurar a informação acerca da transmissão das ITS e VIH, promover sexo seguro assegurando a disponibilidade do preservativo, promover o teste voluntário na opção "opt-out", diagnóstico e tratamento das ITS e outras infeções/doenças, promover uma dieta saudável, desencorajar o consumo de álcool, tabaco e drogas, e referência dos casos HIV positivo para tratamento anti-retroviral, (*Ministerio da Saúde 2004*).

A capacitação de membros da comunidade em actividades promotoras de saúde, é realizado pelos profissionais de Saúde em parceria com Agência das Nações Unidas e ONG's, obedecendo a um programa estruturado e bem definido com meios audiovisuais.

Os Agentes Comunitários de Saúde são elementos importantes de ligação entre as Unidades de

Saúde e a Comunidade, prestando essencialmente serviços de carácter promotivo nss suas próprias comunidades, não fazendo parte do quadro de pessoal do SNS. Eles são seleccionados e capacitados por iniciativas vindas da própria comunidade ou por iniciativas entre a Comunidade e a Unidade Sanitária (*Ministerio da Saúde 2001*), sem carácter remunerativo; recebem como incentivo camisetes e outros materiais promotivos.

4. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão bibliográfica realizada indica que certos factores não facilitam a adesão da Comunidade aos Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva (*Edmunds 1987*)

- Longas horas de espera para tratamento/aconselhamento;
- Indisposição demonstrada pelo pessoal de saúde.
- Distância e tempo de viagem até a unidade sanitária
- Localização dos serviços
- Horário de funcionamento
- Cobranças dos serviços
- Falta de informação e clareza sobre os procedimentos

Um estudo no Perú (Proyecto 2000) revelou que um dos determinantes da utilização dos serviços de saúde materna é o grau de conhecimento das mulheres nos aspectos básicos de saúde materna. No estudo, ao grupo de investigação era proporcionado durante a consulta pré-natal e visitas domiciliárias orientações às grávidas sobre auto-cuidado de saúde, reconhecimento dos sinais de alarme, conselhos nutricionais, orientações psico-afectivas, cuidados ao recém-nascido, entre outros e nenhuma orientação ao grupo de controle. Os resultados obtidos, mostraram maior aderência e cobertura no grupo de estudo, em relação ao grupo controle.

Bloom et al., (1999) num estudo realizado na Índia, concluíram que as barreiras socioculturais devem ser consideradas nas definições de serviços obstétricos, especialmente o parto, para favorecer a sua aceitação e uso .

5. RECOMENDAÇÕES

1. Assegurar serviços integrados e de qualidade com vista a rentabilizar os recursos humanos, potencializar os recursos existentes e diminuir a estigmatização dos doentes crónicos, particularmente os que vivem com VIH/SIDA.

2. Realizar formações contínuas e em serviço, para actualizar e habilitar os profissionais para atendimento imediato a emergências médicas, incluindo as relacionadas com complicações de tratamento anti-retroviral.

3 Reforçar a ligação com a comunidade, através da análise e planificação conjunta no local, entre o pessoal das unidades sanitárias e líderes comunitários dos problemas que afligem a comunidade

4. Analisar o papel da Parteira Tradicional e definir linhas claras do seu papel na redução da mortalidade materna, com base em evidências não só a nível do continente, como também nos outros locais do mundo.

5.Promover pesquisas operacionais sobre determinantes culturais e sócioeconómicos no processo de tomada de decisões em relação à utilização dos serviços de saúde

6 Reforçar a rede social para apoio das comunidades em pequenos projectos que respondam as suas necessidades, melhorando a sua condição vida.

6. PERSPECTIVAS

Desenvolvimento de pesquisas operacionais , que constituam a base de evidência científica a questões pontuais e específicas para elaboração de mensagens apropriadas que não entrem em conflito com os aspectos culturais das comunidades, e produzindo políticas e estratégias harmoniosas e factíveis de serem entendidas e implementadas:

- Quais as barreiras culturais e antropológicas nas comunidades que impedem o acesso aos serviços de saúde ?

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE E. JACINTO

- É necessário ter em conta a estrutura social como recurso chave para o acesso aos serviços de saúde (fornece informação, apoio; pressiona para que a mulher vá – ou não vá –, etc.).
- Em saúde pública, as ciências sociais devem trabalhar a partir de problemas bem apresentados pelos profissionais da saúde, ou – de preferência – a partir do trabalho conjunto da equipa interdisciplinar.
- Parteiros tradicionais: se a função que lhes é atribuída é a de referir as mulheres ao hospital para o parto, dever-se-ia ter em conta que: (1) Elas continuarão a assistir os partos, uma vez que, por diferentes razões (rituais de parto, confiança, etc.), são muito valorizadas na comunidade; (2) O sistema médico tem que dispor de recursos adequados para atender os partos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

African Union Commission

HIV and AIDS and The African Family: Cultural Determinants and Social Dimensions of the Pandemic.

Bloom S, T. Lippeveld, D. Wypij

1999. *Does antenatal care makes a difference to safe delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India.* Health Policy Plann; 14: 38-48

Comissão da União Africana

2006 *Quadro da política continental para os direitos sobre a saúde sexual e reprodutiva*

Edmunds M, D. Strachan and S. Vriesendorp

1987. *La planificación familiar sensible: manual para equipos multiprofesionales de salud.* The Pathfinder Fund.

INE

2003. *Inquérito Demográfico e de Saúde (IDS) Maputo.*

Israel .Barbara A.

1994 *Conceptualizing and measuring perceptions of individual, organizational and Community Control.* Health Education Quarterly vol. 21 nº 2 Parte I Número especial. Willey Publication.

Maine D, Z. Murat, V. Akalin,

M. Ward and K. Angela

1997 *Diseño y evaluación de programas para mortalidad materna.* Centro para la población y salud familiar. Universidad de Columbia.

Ministerio da Saúde

2000. *Estrategia para a redução da morbimortalidade materna e perinatal.* Maputo

Ministerio da Saúde

2005. *Relatorio de Vigilancia Epidemiologica.* Maputo

Ministerio da Saúde

1999. *Revisao de Mortes Maternas em Moçambique 1998/1999.* Departamento de Saude da Comunidade. Maputo

Ministerio da Saúde

2004 *Guiaio da operacionalização da PTV.* Maputo

Ministerio da Saúde

2001 *Plano Estratégico do Setor Saúde PESS 2001 2005, 2010.* Maputo

Proyecto 2000

2000 *Estudio comparativo de la calidad y uso de los servicios de salud materno-peri-natales,* Ministerio de Salud USAID. Lima.

Unger, J. P., U. D'Alessandro,

P. De Paepe and A. Green.

2006 *Can malaria be controlled where basic health services are not used?* Tropical Medicine and International Health 11(3): 314-322.

WHO

2005 *Annual Report.* Geneva

WHO

1994 *Safe motherhood needs assessment - maternal death review guidelines.* Part VI (additional module) WHO/FHE/MSM/95.1 Geneva

VENCENDO OBSTÁCULOS NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE, APOIO E TRATAMENTO DO HIV/SIDA ATRAVÉS DE UMA PARCERIA ENTRE SECTOR PÚBLICO, SECTOR PRIVADO E SOCIEDADE CIVIL: A EXPERIÊNCIA DA TASO NO UGANDA

Noerine Kaleeba,
Co-fundadora, TASO Uganda

INTRODUÇÃO

O mundo reconhece agora que os cuidados, apoio e tratamento são factores-chave para prevenir uma propagação maior do HIV. Dar esperança às pessoas que vivem com o HIV/SIDA e que estejam afectadas por esta doença reduz o estigma, encorajando os que são HIV positivos a apresentarem-se de forma aberta e a darem um rosto humano à pandemia e, em última instância, permite uma prevenção mais efectiva. Uma comunidade sem esperança não consegue dar os passos necessários para prevenir a propagação do HIV.

O mundo também vem reconhecendo que à medida que os cuidados, apoio e tratamento comecem a estar mais disponíveis, as mulheres e raparigas que são a camada mais vulnerável e que mais sofre o impacto da pandemia do SIDA vão ficando para trás. O estigma e o medo do estigma são agora reconhecidos como as razões-chave por que muitas mulheres estão impossibilitadas de ter acesso ao tratamento e a outros serviços relacionados com o HIV. Um exemplo claro relaciona-se com os esforços feitos para disponibilizar serviços de prevenção da transmissão mãe-filho do HIV. Muitas mulheres em países africanos não procuram estes serviços por receio do estigma. Uma jovem mãe receia que se não for vista a alimentar o bebé ao peito, tal facto leve imediatamente os outros a concluírem que ela é HIV positivo. Se a mulher não tiver partilhado essa informação com as outras pessoas mais próximas na sua família e comunidade porque receia ser estigmatizada, poderá optar pelo aleitamento materno mesmo sabendo que tal acto aumenta as hipóteses de exposição do bebé ao HIV.

Os serviços que prestam cuidados e aconselhamento alargados à família e a educação e sensibilização na comunidade envolvendo de forma significativa pessoas com o HIV positivo em programas comunitários contribuem muito para abordar a questão do estigma e melhorar o acesso aos serviços por parte das pessoas mais marginalizadas.

Este capítulo destaca os traços singulares da fundação da TASO (The AIDS Support Organisation/Organização de Apoio no Combate ao SIDA), o seu conjunto de serviços para cuidados de saúde

e de apoio e o papel essencial que tem desempenhado no relativo sucesso do Uganda em responder aos desafios colocados pela pandemia do HIV/SIDA. Recorre-se ao exemplo da TASO para ilustrar o facto de que a parceria pública com a sociedade civil pode ser usada para tratar de questões de acesso aos serviços HIV para as pessoas mais marginalizadas, incluindo a mulher e a rapariga.

A MISSÃO DA TASO

O Uganda teve a imensa sorte de bastante cedo, logo em 1987, ter assistido à fundação da TASO, uma organização visando a prestação de cuidados de saúde e a criação de um contexto de apoio às pessoas que vivem com o HIV e o SIDA (PVCHS), permitindo-lhes que procurassem as unidades sanitárias e falassem abertamente sobre o seu estado, mesmo antes da introdução do tratamento antiretroviral. Como o enfoque da TASO era nas pessoas pobres, a maior parte das quais eram mulheres, a TASO apercebeu-se, logo à partida, de que o seu parceiro natural era o Ministério da Saúde e as suas unidades de saúde pública. Ao longo dos anos, a existência de uma parceria notável entre a TASO e o Ministério da Saúde permitiu a criação de excelentes serviços para as PVCHS nesses hospitais em que a TASO funcionava. Para além disto, e através dos seus programas de formação, a TASO conseguiu ir ao encontro de bastantes pessoas e formar centenas de trabalhadores da saúde no Uganda com habilidades no âmbito da prestação de cuidados e apoio. A TASO e o Ministério da Saúde acordaram um memorando de entendimento que reconhece o trabalho desenvolvido pela TASO tanto nas unidades sanitárias do governo como na comunidade que serve.

A organização TASO no Uganda é uma das primeiras respostas comunitárias de base à pandemia do HIV/SIDA em África. A TASO foi fundada em 1987 como um grupo de apoio para pessoas vivendo com HIV/SIDA ou por esta afectadas e foi formada por pessoas igualmente infectadas ou afectadas pela doença. Um dos membros fundadores, o meu marido Christopher Kaleeba, foi diagnosticado com SIDA em Junho de 1986 e morreu no espaço de um ano após o diagnóstico, em Janeiro de 1987. Contudo, à altura da sua morte, o movimento de “viver positivamente” já

tinha pegado e eu ajudei na condução do processo de transformação do grupo de apoio inicial numa organização de serviços contra o SIDA muito capaz e que é agora reconhecida como um dos pilares-chave em que assenta o sucesso da resposta nacional ao HIV/SIDA no Uganda.

Doze dos membros fundadores originais da TASO eram HIV positivo, enquanto que outros eram membros próximos das famílias e um era médico. Os membros fundadores adoptaram a expressão “viver positivamente” como seu slogan para contra-atacar mensagens predominantemente negativas que davam a impressão de que um diagnóstico positivo era sinónimo de sentença de morte. Na altura, o público, os profissionais da saúde e os líderes nacionais envolveram-se num debate sobre os méritos de se gastarem os magros recursos do sistema de saúde para cuidar de pessoas que estavam a morrer. Através de demonstrações práticas do que poderia ser feito, os fundadores da TASO persuadiram as autoridades de que as pessoas com SIDA, se fossem submetidas a cuidados de saúde, poderiam ter uma boa qualidade de vida e poderiam contribuir muito para a prevenção. Os fundadores da TASO eram realistas e reconheciam que estavam a lidar com uma doença fatal, mas mostravam-se muito preocupados com o facto das pessoas que estavam a morrer com SIDA serem desprezadas pela família e amigos e pelo facto de não lhes estava a ser dada a oportunidade de morrerem com dignidade. As famílias que eram vistas a cuidar dos seus entes queridos que tinham SIDA eram isoladas, estigmatizadas e não recebiam qualquer apoio das suas comunidades, nem mesmo das suas comunidades da fé. Os fundadores da TASO também acreditavam que a prevenção do HIV não seria possível sem o restabelecimento da esperança nas comunidades e que enquanto persistissem o estigma e o preconceito contra as pessoas com o HIV a pandemia continuaria a propagar-se. Estavam convencidos de que uma comunidade sem esperança não conseguia proteger-se de uma infecção como o HIV.

A TASO alargou o seu slogan “viver positivamente” com a expressão adicional “morrer com dignidade” e à medida que o grupo começava a evoluir para uma organização, os fundadores criaram a seguinte filosofia claramente articulada: A missão da TASO era contribuir para um processo de restabelecimento da esperança e de melhoria da qualidade de vida das pessoas e comunidades afectadas pela infecção e doença do HIV. A TASO criou um conjunto de serviços na

sequência directa do que a missão previa e os quais foram evoluindo em termos de conteúdo e esfera de acção:

Prestação de serviços de aconselhamento sobre o HIV/SIDA

Pessoal de saúde capacitado presta serviços de aconselhamento a pessoas infectadas com HIV e às suas famílias em centros da TASO, em enfermarias do hospital e no domicílio.

Embora a ênfase seja no aconselhamento sobre HIV/SIDA, a TASO também proporciona informação, orientação e transferências no contexto de doenças de transmissão sexual e de planeamento familiar, particularmente a mulheres.

O pacote de aconselhamento inclui um pré-teste, um pós-teste e aconselhamento sobre prevenção e também apoio contínuo. Visto que a maioria dos utentes que procuram os serviços da TASO são mulheres, dão-se passos cuidadosos no sentido de trazer o esposo e outras pessoas relevantes para o círculo de aconselhamento, porque o seu não envolvimento pode levar à culpabilização e rejeição da mulher, particularmente por parte do esposo. Ela torna-se, pois, no ponto de entrada para a família e comunidade, começando pelas pessoas que ela escolhe para divulgar a informação. Com o seu consentimento e utilizando o processo com que ela se sente mais à vontade, prestam-se conselhos e orientações aos membros da família sobre como apoiar e ajudar a ser capaz de viver positivamente. O aconselhamento familiar visa afastar receios de que a infecção pode ser contraída através do contacto diário normal com a pessoa infectada, visa educar em técnicas simples de enfermagem e cuidados de saúde e visa ainda a detecção no início de infecções oportunistas, como a tuberculose. Há também oportunidade para a realização de testes do HIV e para reforçar as mensagens sobre a prevenção. A ênfase é colocada nos cuidados administrados pelo próprio, na mudança de estilo de vida, na boa nutrição, na adesão ao tratamento, na adopção de uma vida sexual positiva e na planificação da sucessão. O aconselhamento incorpora também elementos de cuidados paliativos, reflexão espiritual e conselhos à família em torno do falecimento.

Prestação de serviços médicos

Desde o seu início, a TASO tem prestado cuidados clínicos, apoio médico e paliativos complementares às PVCHS nos centros de aconselhamento, duas a três vezes por semana. Um centro TASO em Entebe oferece cuidados

clínicos médicos no ambulatório cinco dias por semana para dar resposta à grande procura. Criaram-se os serviços principalmente para tratar de situações médicas associadas à infecção por HIV, gestão de doenças de transmissão sexual e planeamento familiar. Os serviços da TASO foram planificados de molde a complementar os serviços oferecidos pelas unidades sanitárias nacionais, já sobrecarregadas. Criaram-se, também, mais postos de saúde comunitários de extensão para funcionarem uma vez por mês como forma de prestar serviços a utentes que não podem utilizar os serviços localizados nos centros devido ao elevado custo do transporte e ao estado frágil de saúde. Estes postos de saúde de extensão estão associados a voluntários comunitários que mobilizam os utentes locais para utilizarem o serviço e os põem em contacto com os serviços voluntários de aconselhamento e testagem.

Este amplo conjunto de cuidados de saúde constituiu os alicerces nos quais a TASO construiu um programa crescente de tratamento antiretroviral. Com 7000 pessoas a receberem terapia antiretroviral (TARV) em finais de 2006, a TASO é presentemente um dos provedores-chave de TARV no Uganda.

Formação e capacitação institucional

A TASO encarrega-se da formação de conselheiros, gestores clínicos e formadores comunitários no domínio do HIV/SIDA para o seu próprio trabalho, para o Ministério da Saúde e para outros parceiros no interior e exterior do Uganda. Formação e capacitação institucional em desenvolvimento organizacional são também oferecidas a organizações de base comunitária através das quais serviços do tipo TASO fazem a cobertura da população nessas áreas geográficas em que a TASO não opera directamente (veja-se a Figura 2 para um mapa com os centros da TASO). Isso permite que este conjunto de cuidados de saúde atinja mais pessoas e torna o trabalho mais sustentável. Por ser a primeira instituição a formar conselheiros para o HIV/SIDA não só no Uganda mas também em toda a África, a TASO tem registado uma crescente demanda na área da formação por parte de outras organizações com actividades semelhantes. Por sua vez, tem feito crescer e expandir a sua capacidade, graças, em parte, ao interesse e empenhamento constante por parte dos seus parceiros doadores, que incluem o governo do Uganda. A maior fatia do apoio financeiro à TASO provém de fundos internacionais, o que torna a TASO vulnerável.

Também foram elaborados currículos para formação dos vários tipos de trabalhadores comunitários do HIV/SIDA, incluindo educadores de pares e outras pessoas facilitadoras na comunidade, formadores comunitários, conselheiros e formadores de conselheiros.

A nível internacional, a TASO tem partilhado a sua experiência e fornecido formação a outros participantes de muitas iniciativas em cuidados sanitários e prevenção contra o SIDA de vários países africanos. A TASO tem continuado a reforçar a sua capacidade na prestação de formação com vista a enfrentar com êxito a crescente demanda.

Os conselheiros da TASO mobilizam, apoiam e formam as comunidades no sentido de realizarem actividades efectivas no âmbito dos cuidados de saúde e prevenção do SIDA. Nos distritos do Uganda em que a TASO não tem centros, ela presta apoio às organizações de nível distrital e às organizações de base comunitária (OBC) com vista a integrar os serviços de cuidados sanitários e de prevenção do HIV/SIDA nas suas operações. A formação prestada às OBC inclui habilidades no aconselhamento, contabilidade básica, noções de organização de contas, angariação de recursos e gestão de projectos.

A TASO mantém uma biblioteca localizada no centro de formação, que complementa a formação prestada. Está disponível para os seus utentes uma colecção de materiais de leitura e cassetes de vídeo sobre as respostas nacionais e internacionais dadas à pandemia do SIDA.

Aconselhamento de pares e apoio nos centros de dia

A TASO possui centros de cuidados de saúde de dia em todos os seus centros de aconselhamento para onde se dirigem periodicamente pessoas com HIV positivo em busca de apoio por parte de pares e aconselhamento para os ajudar a fazer face com êxito às exigências diárias do “viver positivamente”. Os utentes registados junto da TASO são capacitados no sentido de aumentarem ao máximo a sua independência e qualidade de vida através da sua participação em diferentes actividades como a costura e a tecelagem. Estas actividades ajudam os utentes a desenvolver e a praticar habilidades que podem usar mais tarde em projectos individuais de auto-sustento. Este espaço partilhado no centro de cuidados de dia também contribui para quebrar o isolamento que as pessoas com HIV positivo sentem, particularmente nos primeiros dias, semanas e meses após o diagnóstico.

As pessoas com HIV positivo aderem a grupos de teatro nos centros. Os membros destes grupos têm desempenhado um papel importante em sensibilizar e disseminar junto das comunidades atitudes de consciencialização sobre o SIDA através de palestras públicas, peças de teatro e testemunhos pessoais sobre a sua experiência com o HIV/SIDA. Os grupos de teatro têm um impacto eficaz na audiência, conferindo-lhe um rosto humano e aumentando o potencial para a mudança de comportamento e atitude no seio do público.

Clubes de Jovens que desafiam o SIDA

Estes clubes são formados sob os auspícios de todos os centros da TASO e são constituídos principalmente por jovens que são filhos de utentes da TASO de forma a utilizarem a sua experiência colectiva de vida junto dos pais com HIV e com vista a lidarem com esta realidade e evitarem contrair o HIV. Os grupos divulgam informação sobre o HIV/SIDA e habilidades para a vida aos jovens que procuram atingir tanto na escola como fora desta. A sua voz e as suas preocupações são uma fonte de reflexão para a TASO no que diz respeito a intervenções apropriadas para os jovens. A TASO proporciona a formação e a logística que permitem que os clubes funcionem.

Assistência material

A TASO solicita aos seus parceiros assistência material sob a forma de alimentos e estojos sanitários (kits) para tratamento dos seus utentes e doentes. Isto significa que estes materiais são fornecidos à medida que forem sendo disponibilizados. Em anos recentes, a TASO renovou um acordo com o Programa Mundial de Alimentação (PMA), assim como tem recebido fornecimentos permanentes de outras organizações (International Care Relief, CAFOD). A TASO coloca depois os alimentos à disposição dos líderes comunitários que avaliam as necessidades e os distribuem aos que deles mais necessitam nas suas comunidades.

Apoio às crianças afectadas pelo SIDA

As crianças constituem a prioridade entre os utentes da TASO. Por isso, oferece aconselhamento e orientação regulares às crianças de todos os utentes da TASO com vista a assegurar a existência de um ambiente psicológico que lhes permita enfrentar com sucesso a pressão de viver com o SIDA nas suas famílias e prepará-los para um possível futuro sem um dos pais ou ambos. Aconselha-se e orienta-se os pais no sentido destes divulgarem o seu estado aos filhos, utilizando métodos interactivos como um livro/caixa de memórias e a preparação de um testamento.

Isto ajuda a evitar disputas relacionadas com a herança de propriedade e impede que os filhos fiquem desamparados quando os pais morrem. Para além disso, a TASO proporciona apoio financeiro e material a um número limitado de órfãos e a crianças vulneráveis que tenham sido seleccionadas de famílias de utentes mais necessitadas. A assistência financeira toma, por vezes, a forma de pagamento das propinas da escola e compra de materiais didácticos e uniformes escolares. Mesmo no seio das famílias mais necessitadas, apenas duas crianças, uma rapariga e um rapaz, podem ser apoiadas financeiramente. Após a morte dos pais, as crianças são acompanhadas por famílias-substitutas (guardiãs) que recebem ajuda através de aconselhamento com vista a proporcionarem um ambiente de apoio ao desenvolvimento social e psicológico das crianças.

Desenvolvimento de trabalho de mobilização em prol de uma causa e envolvimento de pessoas com HIV positivo

A TASO mostrou, desde o início, exemplos do envolvimento de pessoas a viverem com o SIDA ou por esta afectadas. As pessoas com HIV positivo são encorajadas a reunirem-se e a partilharem a sua experiência de vida com o SIDA, a proporcionarem e a receberem apoio por parte dos pares e a desenvolverem o seu potencial de liderança. As pessoas que optam pela abertura em relação ao seu estado e se envolvem em trabalho em prol da causa recebem formação e apoio e tornam-se nos alicerces do trabalho de apoio às causas da TASO no seio das comunidades. Recorrem muitas vezes à música, à dança e ao teatro para a transmissão de mensagens credíveis sobre vidas positivas e, ao procederem assim, conferem à pandemia um rosto humano e voz na comunidade.

Adicionalmente a TASO desenvolveu uma estrutura de governação que conta com o envolvimento e participação activa das pessoas com HIV positivo a todos os níveis, da base ao conselho de administração. Através do trabalho em prol da causa aos níveis internacional, nacional e local, a TASO aumenta a sensibilidade e influencia os que ocupam posições de responsabilidade na sociedade visando contribuir com algo positivo para o bem-estar das pessoas infectadas e afectadas e para erradicar os efeitos negativos da epidemia, especialmente o estigma.

Mobilização comunitária e educação sobre o SIDA

A TASO mobiliza as comunidades no sentido de tomarem conta das questões que influenciam

as suas capacidades para evitar o HIV, cuidar dos membros comunitários afectados e mitigar o impacto da doença na sua comunidade. Utiliza as estruturas de governação existentes na comunidade, grupos com base na fé e grupos culturais para identificar voluntários que depois recebem formação e que, por sua vez, lhes permite mobilizar recursos comunitários e agilizar os cuidados de saúde. As pessoas que vivem com o SIDA ou as pessoas afectadas pelo HIV desempenham um papel determinante na partilha das suas experiências. Este envolvimento de pessoas com o HIV positivo introduz e mantém a abertura em relação ao SIDA nas comunidades, criando assim um ambiente que permite que pessoas com HIV positivo vivam com dignidade. Em consequência, as pessoas com HIV positivo, particularmente as mulheres, têm assumido posições de liderança em assuntos que vão para além do HIV/SIDA.

O PODER DA ABERTURA NA ABORDAGEM DO SIDA

Desde o início da sua criação, a TASO reconhece o poder que a abertura pode ter. Os fundadores da TASO chegaram à conclusão de que enquanto o estigma em torno do SIDA florescer e as pessoas vivendo com SIDA forem ostracizadas e morrerem sem dignidade a doença permanecerá no domínio do oculto e continuará a propagar-se. Os primeiros voluntários da TASO que vieram a público falar abertamente sobre o seu estado foram os pioneiros da resposta que o Uganda deu à doença. Eles constituíram um elemento essencial de abertura ao nível pessoal e familiar que facilitou o processo de “avaliação do auto-risco”, um passo determinante para desencadear as acções que ajudam os indivíduos a protegerem-se e a proteger os que estão próximos de si.

A abertura que fez a diferença no Uganda tinha de acontecer a níveis diferentes mas interligados da sociedade. O fluxograma (veja-se a Figura 1) pode ser muito útil para ilustrar como os níveis se interligam e conduziu já a mudanças visíveis na pandemia no Uganda, tanto na diminuição da taxa de infecção como na mudança de atitudes em relação às pessoas que vivem com o HIV/SIDA e em relação à própria doença.

FACTORES-CHAVE DE SUCESSO DA TASO (EXTRAÍDOS DO ESBOÇO DO PLANO ESTRATÉGICO DA TASO PARA 2008-2012)

O actual director executivo da TASO, Dr. Alex Coutinho, resume os seis Ps do sucesso da TASO do seguinte modo:

P para “Propósito”

A TASO articulou o seu “propósito” muito no início dos seus esforços e aproveita todas as oportunidades para consciencializar os contribuintes financeiros sobre o propósito da organização e para lhes mostrar a necessidade de contribuírem para esse fim. Este propósito está reflectido na passagem que define a missão: “A TASO existe para contribuir para o processo de prevenção da infecção pelo HIV, restabelecimento da esperança e melhoramento da qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades afectadas pela infecção do HIV e doença”.

Este propósito faculta a todos os planificadores e implementadores da TASO um roteiro visando fazer alinhar a programação em função da missão, o que, por sua vez, garante um enfoque mais dirigido, tendo como resultado um desempenho mais eficaz.

P para “Princípios” (valores da TASO)

Os valores seguidos pela TASO criaram uma cultura emblemática para os utentes, profissionais, voluntários e todos os investidores que interagem com a TASO no sentido de se unirem para a causa comum da resposta à epidemia do HIV. A família da TASO reúne em si um rico conjunto de diferentes pessoas, carreiras, vivências, experiências e capacidades. A promoção do espírito familiar torna possível uma combinação e um compromisso social que são necessários para os tipos de desafios enfrentados no processo de disponibilização directa de serviços às pessoas infectadas com o HIV num contexto de fracos recursos. A TASO guia-se pelos seguintes princípios, habitualmente referidos como os valores da TASO:

1. Direitos iguais, oportunidades iguais, responsabilidade partilhada
2. Obrigações para com as pessoas afectadas pela infecção por HIV
3. Dignidade humana
4. Espírito de família
5. Integridade.

P para “Produto”

Durante mais de 18 anos, a TASO tem prestado cuidados de saúde a mais de 150.000 pessoas infectadas com o HIV, recuperando muitas pessoas à beira do desespero e sem esperança. Tornouse, consequentemente, num nome de marca que é sinónimo de uma ampla série de opções em

O PODER DA ABERTURA NO DESAFIO AO HIV/SIDA



cuidados de saúde a que preside a compaixão e habitualmente apresentados como a filosofia do “Viver Positivo com o HIV”. Com o decorrer do tempo, o Viver Positivo foi-se enriquecendo através do advento da TARV, o pacote de cuidados básico e técnicas profiláticas.

Os serviços de apoio social da TASO (apoio à educação da criança, ajuda alimentar e meios de vida sustentáveis) aos utentes mais necessitados têm tido um impacto adicional no melhoramento da sua qualidade de vida. Os serviços da TASO formam um pacote holístico de cuidados de saúde.

P para “Parcerias”

A parceria tem funcionado como uma determinante nuclear do crescimento e sustentabilidade organizacional e programática da TASO. Os parceiros e beneficiários da TASO incluem as pessoas que vivem com o HIV; as comunidades afectadas pelo HIV; o governo do Uganda e, em particular, o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional do Uganda para o SIDA; agências doadoras e parceiros para o apoio técnico; várias entidades da sociedade civil; e pessoal e voluntários da TASO.

P para “Prova”

A TASO compreendeu desde muito cedo a necessidade de desenvolver e manter a capacidade de prestar contas a todos os que contribuem financeiramente para o seu trabalho. A TASO consistentemente presta contas (prova) aos seguintes níveis:

1. Prestação de contas programática (fazemos o que nos comprometemos a fazer e acordámos com os investidores tanto quantitativa como qualitativamente).
2. Prestação de contas financeira (gastamos no que nos comprometemos e acordámos com os investidores gastar e esforçamo-nos no sentido de gastar e reportar da forma mais verdadeira e justa possível).
3. Prestação de contas sobre a eficiência de custos (esforçamo-nos, com a melhor das nossas capacidades, a gerar os máximos benefícios dos serviços acordados, a partir dos recursos disponíveis).
4. Prestação de contas a nível da governação (de forma regular e consistente apresentamos todas as formas mencionadas de prestação de contas a todas as estruturas investidoras necessárias).

P para “Posteridade”

A TASO conscientemente realiza actividades que visam assegurar a sustentabilidade do espírito, carácter e determinação da programação da TASO, através do seguinte:

1. Marca do empreendimento
2. Concessão do uso comercial (franchising) do conceito da TASO
3. Capacitação institucional aos níveis comunitário e nacional
4. Sintonia com políticas e estratégias nacionais.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE N. KALEEBA

- Existem diversos tipos de estigma: 1) em relação às pessoas HIV positivas, 2) o auto-estigma, 3) o que sofrem os profissionais da saúde que trabalham no âmbito do SIDA, 4) e o estigma em relação aos países onde se estigmatizam os doentes de HIV/SIDA (são considerados responsáveis pela situação em que vivem os doentes).
- Em relação ao papel da Igreja Católica quanto ao uso de preservativos, destacam-se as diferentes posições coexistentes dentro da hierarquia eclesial em África: condenação, tolerância (predominante) e defesa.
- Ideia chave: “abertura”. É importante o papel das abordagens participativas (por exemplo, as projecções de filmes) facilitando a dita abertura. No entanto, a abertura não é uma opção válida para todo o mundo nem para qualquer circunstância.

APÊNDICE

Cronologia da Epidemia do HIV/SIDA no Uganda

Cronologia da Epidemia do HIV/SIDA no Uganda (Principais Destaques)	
1982	Primeiro caso de SIDA diagnosticado no Uganda; resposta baseada em grande medida no nível comunitário
1986	O Presidente Museveni lança uma campanha nacional anti-SIDA O Ministro da Saúde do Uganda anuncia à assembleia da OMS a existência do SIDA no Uganda
1987	Dezasseis voluntários afectados pelo HIV/SIDA formam a TASO
1988	Realizado o primeiro levantamento nacional; a prevalência média situava-se em 9%
1990	Formado o Centro de Informação sobre o SIDA para prestar serviços de aconselhamento voluntário e testagem
1991	Prevalência entre as mulheres grávidas entre 15-24 anos atinge 21% A UNAIDS estima que a prevalência nacional atingiu 15%
1992	O Governo adopta uma abordagem multi-sectorial para tratar da epidemia A prevalência do HIV em mulheres grávidas jovens começa a decrescer entre 1991 e 93
1994	Vários departamentos do governo criam unidades singulares de controlo do SIDA O Governo contrai um empréstimo de \$50 milhões do Banco Mundial para tratar da epidemia Outros doadores aumentam este montante para \$75 milhões para criar o Projecto ITS sob a tutela do Ministério da Saúde
1995	O Uganda anuncia tendências de declínio na prevalência do HIV
1997	Os ugandeses participam num estudo em que se usam medicamentos antiretrovirais para a Prevenção da Transmissão Mãe-Filho (PTMF)
1998	A prevalência entre as mulheres grávidas entre 15-24 anos reduz para 9.7% Criada a Iniciativa de Acesso a Medicamentos visando garantir preços baixos para a medicação com ARVs; criação da infra-estrutura necessária para o acesso à TARV
1999	O Ministério da Saúde do Uganda começa a dirigir a testagem voluntária do HIV utilizando testes rápidos
2000	O Governo começa a destacar as questões do HIV/SIDA no 'PEAP'
2001	O Banco Mundial acorda em dispendir \$47.5 milhões para os 5 anos seguintes em programas de prevenção e tratamento do HIV no Uganda A UNAIDS calcula que a prevalência nacional desceu para cerca de 5% em 2001
2003	O Uganda incluído entre os países beneficiários do PEPFAR (Plano de Emergência do Presidente Bush para Alívio do SIDA) O Uganda começa a beneficiar do Fundo Global
2004	As Pessoas Vivendo Com HIV/SIDA (PVCHS) começam a ter acesso à medicação ARV financiada pelo Fundo Global e pelo PEPFAR A testagem do HIV no Uganda é aumentada
2005	O Fundo Global suspende o financiamento ao Uganda Anuncia-se que a prevalência do HIV está novamente a subir (a UHSBS indica uma prevalência de 6% de adultos com HIV)

Fonte: Esboço do Plano Estratégico da TASO para 2008-2012

Pilares da Resposta Nacional ao HIV no Uganda

Abordagem multi-sectorial à prevenção e controlo do HIV, incluindo serviços de cuidados de saúde e apoio; adoptada já em 1990.

Envolvimento da liderança política.

Abertura em relação à epidemia, que é vital para combater o estigma e a discriminação.

Apoio e envolvimento por parte de parceiros para o desenvolvimento a todos os níveis do governo e da sociedade civil.

Fonte: Esboço do Plano Estratégico da TASO para 2008-2012

OS MEDIA COMO MEIOS DE INTERVENÇÃO MÉDICA: O HIV/SIDA E A LUTA PELOS CUIDADOS DE SAÚDE REPRODUTIVA DA MULHER NA ÁFRICA DO SUL

Susan Levine,
Departamento de Antropologia Social
Universidade da Cidade do Cabo

Passam 50 anos desde que ocorreu a marcha das mulheres [para protestar contra o sistema de passe], mas as mulheres da África do Sul lutam contra o HIV, a pobreza e o patriarcado. Contudo, vivemos num país que tem uma constituição que garante a igualdade entre todos os cidadãos.

Sipho Mthathi, 2006

A política económica do sub-desenvolvimento, mais do que as relações sexuais, está a matar os africanos. As fracas colheitas, a pobreza nas zonas rurais, os sistemas de trabalho migratório, a concentração das pessoas no meio urbano, a degradação ecológica, e a violência sádica das guerras civis constituem as principais ameaças à vida dos africanos. Quando os serviços essenciais de água, electricidade e transporte deixam de funcionar, a sanidade pública deteriora-se e os riscos de eclosão da cólera e disenteria aumentam. A pobreza em África, e não um comportamento sexual anormal, é a maior anunciadora das doenças relacionadas com o SIDA

Charles L. Gesheker,
1995

INTRODUÇÃO

Nas paredes do edifício do novo tribunal constitucional na África do Sul, e em exposições em museus de todo o país, as mulheres são celebradas pelo papel que desempenharam na luta contra o apartheid. Contudo, a pandemia do HIV/SIDA assinala a continuação da opressão racial, de classe e de género no período pós-apartheid com doenças infecciosas, violência sexual e culpabilização do género impedindo que as mulheres procurem cuidados adequados de saúde sexual e reprodutiva. O Inquérito Confidencial sobre a Mortalidade Materna demonstra que a infecção não obstétrica (HIV/SIDA) constitui a maior causa de morte de mulheres grávidas na África do Sul. A prevalência

no seio das mulheres que se dirigem a unidades sanitárias públicas cresceu de 0.7 % em 1990 para 30.2% em 2005. Existem algumas comunidades em que a prevalência do HIV no seio das mulheres está acima dos 60% (Mthathi 2006:1). Em 2005, a Sociedade de Actuários da África do Sul estimava que existiam +/- 5.2 milhões de pessoas infectadas com o HIV e que as mulheres eram 5% mais susceptíveis de se infectarem do que os homens (Mthathi 2006: 3). O Secretário Geral da 'Campanha de Acção para o Tratamento' (CAT), Sipho Mthathi, escreveu, "Vencemos a guerra contra o apartheid mas não temos igualdade para

O Inquérito Confidencial sobre a Mortalidade Materna demonstra que a infecção não obstétrica (HIV/SIDA) constitui a maior causa de morte de mulheres grávidas na África do Sul. A prevalência no seio das mulheres que se dirigem a unidades sanitárias públicas cresceu de 0.7 % em 1990 para 30.2% em 2005. Existem algumas comunidades em que a prevalência do HIV no seio das mulheres está acima dos 60% (Mthathi 2006:1). Em 2005, a Sociedade de Actuários da África do Sul estimava que existiam +/- 5.2 milhões de pessoas infectadas com o HIV e que as mulheres eram 5% mais susceptíveis de se infectarem do que os homens (Mthathi 2006: 3).

todos. Temos uma Constituição que proclama a protecção dos direitos da mulher, mas certamente ainda não vencemos a guerra contra o patriarcado. (2006:3)

A partir de uma pesquisa etnográfica realizada durante a viagem com uma unidade de cinema móvel no Cabo Ocidental, este capítulo apresenta uma intervenção eficiente para romper os silêncios que impedem o acesso das mulheres aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva. Devido a factores sociais múltiplos, incluindo a fraca governação, disponibilidade insuficiente do tratamento do HIV, estigma, a culpabilização do género e a dependência económica, as mulheres são, com frequência, incapazes de falar abertamente sobre a testagem, a revelação dos resultados, a transmissão mãe-filho do HIV/SIDA, a sexualidade e o tratamento. Usando métodos de campo qualitativos como instrumento de diagnóstico para identificar os obstáculos que impedem as mulheres de procurar cuidados de saúde sexual e reprodutiva, constatámos que os documentários para fins de entretenimento, não didácticos, sobre o HIV/SIDA promovem discussões abertas entre as mulheres e mobilizam as estruturas de apoio comunitárias em relação às pessoas que vivem com o HIV.

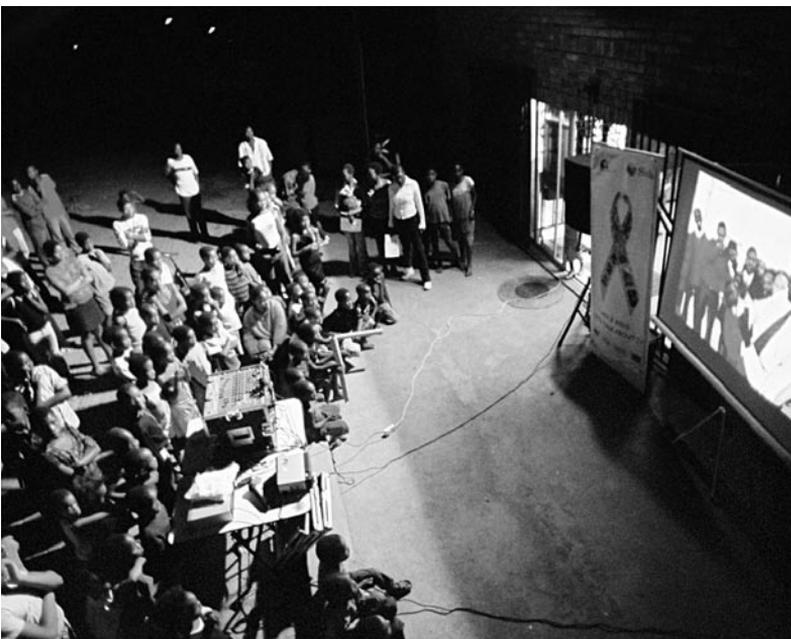
Passos para o Futuro ou Steps – Projectos de Transformação Social e de Empoderamento -- é uma campanha de mobilização sobre o HIV/SIDA que estimula discussões abertas sobre a doença através da projecção animada de documentários localmente produzidos sobre como viver positivamente com o vírus. O projecto Steps foi concebido por Ikka Vehkalahti, editora da “YLE Finnish Broadcasting Company”, e Don Edkins, um produtor de documentários sul-africano. A iniciativa de colaboração é o maior projecto de documentários realizado em África, com trinta e sete filmes, que duram entre quatro e setenta e quatro minutos. Os documentários foram produzidos para canais de televisão nacionais e internacionais e para distribuição não televisiva. Embora este capítulo destaque apenas a distribuição não televisiva dos documentários na província sul-africana do Cabo Ocidental, a divulgação dos documentários na África Austral é bastante elevada. Os filmes foram dobrados em quinze línguas e são exibidos por unidades de cinema móvel em toda a África Austral. O projecto está virado para a eficácia da projecção de filmes em cinema móvel, e em diferentes lugares, e produz resultados de diagnóstico e de intervenção significativos.

ABORDAGEM ANALÍTICA: PARA UMA ANTROPOLOGIA VISUAL APLICADA

Os quadros interpretativos em estudos sobre os media visuais sugerem que as audiências constituem agentes activos na construção do signi-

ficado (Abu Lughod 1999, Askew 2002, Collier 1986). Como disciplina que enfatiza o valor de uma abordagem interpretativa, a antropologia visual tem muito a oferecer através de programas informativos capazes de mobilizar para a educação sobre o HIV/SIDA. Constatamos que a apresentação da informação factual sobre o HIV/SIDA não é eficiente como intervenção e que o conhecimento sobre o HIV/SIDA não leva necessariamente à prática em contextos em que as barreiras sociais e económicas impedem a apropriação da informação. As estratégias de comunicação que conduzem as audiências ao debate sobre estes obstáculos são, pois, mais susceptíveis de transmitir ideias e sugestões para resolver problemas.

As audiências interpretam os documentários e o seu papel a este respeito coloca um desafio aos trabalhadores de saúde cujo imperativo médico é o de enviar mensagens claras sobre a transmissão e prevenção do HIV/SIDA. Contudo, as minhas observações sobre as audiências na África Austral sugerem que, embora as abordagens interpretativas pareçam estar em desacordo com a necessidade de formadores sobre o HIV/SIDA, o uso de documentários não didácticos ou não prescritivos permite que as audiências enfrentem a complexidade e se empenhem na procura de soluções para a situação de viver com o HIV/SIDA. Os documentários que correspondam às capacidades interpretativas da audiências podem romper o silêncio e pressioná-las para além



Fotografia obtida por cortesia da Day Zero Productions©

Foto 1. Projecção do filme *A Red Ribbon Around My House* (Uma Fita Vermelha à volta da Minha Casa) feita pelos Projectos Steps numa comunidade. Produzido por Portia Rankoane, 2001.

das actuais tendências de rejeição e de negação por parte das pessoas. A abordagem didáctica nas campanhas dos media que promovem práticas sexuais mais seguras como solução para o problema do HIV não aborda os obstáculos económicos, políticos e sociais que impedem a apropriação fácil das mensagens dos media. É neste contexto de constrangimentos que os documentários da colecção Steps for the Future fazem parte de uma campanha de mobilização dos media com o objectivo de corrigir as falhas dos media dominantes, ao mesmo tempo que se reconhecem as limitações de tal intervenção.

Os documentários da colecção Steps baseiam-se na sabedoria do conto-dilema africano e vão ao encontro das capacidades interpretativas das audiências. Os contos-dilema são uma forma de contos tradicionais africanos e “à semelhança de muitas outros contos populares, o seu conteúdo é, em muitos casos, didáctico, mas a sua qualidade especial reside no facto de formarem as pessoas que participam nestas discussões em habilidades de argumentação e debate ... (Bascom 1975:1). Os narradores de contos-dilema envolvem as audiências numa forma dialógica de comunicação e são desta forma mais efectivos no romper dos silêncios do que as estratégias de comunicação didáctica. No prefácio do livro de William Bascom sobre os contos-dilema africanos, Sol Tax escreve,

“Não são apenas os enigmas intelectuais que aguçam a inteligência e promovem discussão; destacam também que, nas relações humanas, não há respostas mas apenas escolhas difíceis – que fazem apelo aos valores morais em conflito. Que tudo isto já era conhecido pelo povo desde tempos imemoriais – e esquecido por cada nova geração em culturas que não têm estes métodos de contar histórias – é uma lição para os educadores modernos (1975).”

Bascom defende que os contos-dilema colocam as audiências perante escolhas difíceis que “em geral envolvem a discriminação com base ética, moral ou legal” (1975:1). Diz, “Por vezes o dilema é resolvido pelo narrador logo que os seus ouvintes tenham apresentado os seus diferentes pontos de vista mas, na maior parte dos casos, não tem acontecido assim” (1975:1). O estudo de caso aqui apresentado reflecte a eficácia desta abordagem para lidar com as difíceis escolhas

que as mulheres fazem relativamente à saúde sexual e reprodutiva e em que os animadores dos documentários, tal como os narradores de histórias, conduzem as audiências a uma nova forma de compreensão através do diálogo.

ESTUDO DE CASO: ROMPENDO O SILÊNCIO ENTRE AS MULHERES DO CABO OCIDENTAL

A incapacidade de Manto Tshababala-Msimang em gerir o assunto do tratamento do HIV/SIDA na África do Sul é bem conhecida; todavia, as iniciativas diárias por parte dos cidadãos comuns que resistem à resposta pseudo-científica da Ministra da Saúde à pandemia do HIV/SIDA e as iniciativas dos que pedem fundos para manter cuidados de saúde primários são menos conhecidas. As unidades sanitárias que tratam o HIV/SIDA, hospitais públicos, consultórios de advogados, escolas, igrejas, grupos activistas e os media são apenas algumas instituições que chamam a atenção para as formas em que a violência sexual, a dependência económica, o estigma e a fraca governação impedem o acesso da mulher à saúde sexual e reprodutiva. A intervenção dos Steps visa contribuir para este esforço.

O estudo de caso aqui apresentado tem por base a reacção das mulheres do township de Masipumelela ao documentário

Mother to Child (Mãe-Filho). O documentário trata de duas mulheres que frequentavam a unidade pré-natal do Hospital de Baragwanath no Soweto. São parte de uma experiência clínica, na qual mulheres com HIV positivo recebem Nevirapina. No nosso estudo de impacto dos projectos Steps, Alosha Ray Ray Ntsane, que animou a sessão escreveu,

“A projecção termina e ao princípio as mulheres mantêm-se em silêncio. O silêncio é seguido por uma vaga repentina de perguntas sobre a testagem, confidencialidade, tratamento e revelação dos resultados. A discussão que se segue é sobre a partilha de experiências pessoais. Histórias de famílias e amigos doentes, dificuldades enfrentadas na negociação do uso do preservativo e a falta de confidencialidade nas unidades sanitárias locais dominam a discussão.”

“O espaço é preenchido por um murmúrio à medida que as mulheres elaboram os primeiros planos de acção para abordar os problemas da sua comunidade. Uma mulher, quase na casa dos trinta anos de idade, é a força-motriz. Concordam una-

nimemente em escrever um artigo para o jornal local criticando a falta de profissionalismo por parte dos conselheiros de saúde na sua área.

As mulheres pedem para sair do centro mais cedo nesse dia. Dirigem-se à unidade sanitária para fazer o teste. Espanto-me com o impacto que a projecção do documentário teve, mas tenho talvez uma certa apreensão em relação à perspectiva de algumas mulheres poderem descobrir que são HIV positivo. A principal pergunta que se coloca é: “Estarão preparadas e terão o apoio necessário caso o seu teste seja positivo?”

A preocupação de Ntsane provém da discussão que o documentário *Mother to Child* (Mãe-Filho) levantou durante a animação da sessão. As mulheres explicaram que os conselheiros locais sobre o HIV/SIDA não mantêm as consultas confidenciais, daí resultando que as mulheres que fazem o teste, muitas vezes, regressam a casa para descobrir que não são aí mais desejadas. Receavam ser espancadas pelos seus parceiros por terem feito o teste, abandonadas pelos seus parceiros e familiares ou culpadas por levarem o HIV para casa. Se houvesse disponibilidade de transporte para se deslocarem às unidades sanitárias fora das suas comunidades, as mulheres disseram que estariam mais predispostas para fazer o teste.



Foto 2. Pinky com o seu bebé e parceiro no filme *Mother to Child* (Mãe-Filho) produzido por Lipman, 2001.

Fotografia por cortesia da Day Zero Productions ©

Asanda Mofu, uma estudante do ensino médio de Queenstown, reforça a preocupação das mulheres sobre a testagem e a revelação dos resultados. Disse, “Como estudante a viver com o HIV, passo mal... Não recebemos informação (suficiente) sobre o HIV/SIDA... e os enfermeiros discriminam-nos quando vamos à unidade sanitária

depois das aulas. Gritam connosco quando queremos preservativos e contraceptivos... (Mthathi 2006:1). O estigma praticado pelos trabalhadores de saúde tornou-se um grande obstáculo aos cuidados de saúde sexual da mulher. Uma possível solução para o problema seria a promoção dos documentários que na série abordam o estigma nas unidades sanitárias e em que o pessoal de saúde e os doentes pudessem partilhar o que estava a ser visto. A projecção dos documentários nas unidades sanitárias teria também a vantagem de proporcionar uma forma de entretenimento aos doentes forçados a esperar por atendimento médico. Os documentários criam uma atmosfera de diversão que, em muitos casos, está ausente das mensagens dos media sobre o HIV/SIDA e é o elemento de entretenimento e a natureza não prescriptiva dos documentários *Steps* que os tornam estratégias de comunicação efectivas.

Precisamente porque os documentários na série provocam discussões abertas e perguntas sobre o HIV/SIDA, esta intervenção dos media pode ser usada para veicular informação detalhada sobre a saúde sexual e reprodutiva da mulher. As perguntas mais frequentes depois da projecção dos documentários incluíam saber se o uso de dois preservativos era mais seguro do que um, se era necessário usar preservativo se os parceiros fossem seropositivos, se o sexo anal é mais seguro, se o controlo da natalidade previne a transmissão do HIV e se os homens podem curar o HIV mantendo relações sexuais com virgens. Estas questões realçam a ausência de informação adequada sobre a transmissão e podem fornecer elementos úteis para os profissionais de saúde ao discutirem os modos de transmissão com os doentes.

Mother to Child (Mãe-Filho) é um documentário emotivo que proporciona o tipo de informação detalhada que as mulheres grávidas necessitam e também uma história forte sobre a revelação dos resultados que apoia a testagem. Todas as mulheres grávidas em cuidados pré-natais recebem AZT às 32 semanas, e 3TC e nevirapina durante o parto. Quando a criança nasce, as mães recebem aconselhamento sobre o aleitamento materno. São aconselhadas a dar leite artificial em vez de leite materno, devido ao elevado risco de transmissão. As orientações do Departamento de Saúde para a amamentação por parte de mães seropositivas sublinham que há risco de transmissão através do aleitamento materno.

Marc Colvin escreve que “O risco de transmissão do HIV para o bebé através do aleitamento materno, no seio das mães seropositivas na África

ca do Sul, situa-se entre os 7% e os 20% com cerca de 25.000 bebés a serem infectados todos os anos através do leite materno. Acredita-se que em África cerca de 4% dos casos de transmissão mãe-filho do HIV se devem ao aleitamento materno” (2006:14). Colvin recomenda o uso do leite artificial se as mulheres tiverem acesso à água potável, “mas muitas, principalmente mulheres negras, têm de amamentar ao peito os seus bebés e correm o risco de infectarem as suas crianças com o HIV. Esta situação é injusta. Em vez de aceitarem este status quo estilo ‘apartheid’, organizações como a CAT devem lutar para que haja condições para que todas as mulheres seropositivas possam dar leite artificial aos seus bebés (2006:14).”



Foto 3. O bebé de Pinky a receber nevirapina após o nascimento no filme *Mother to Child* (Mãe-Filho).
Fotografia por cortesia da Day Zero Production©

Depois de ver o documentário *Mother to Child*, muitas mulheres expressaram relutância em alimentar com leite artificial na presença de familiares e amigos. Disseram que alimentar com leite artificial é o mesmo que revelar o estado do HIV positivo e que elas só alimentariam com leite artificial quando estivessem sozinhas. Se as fontes de água locais não forem limpas ou se as mulheres não tiverem acesso à água, não têm outra saída que não seja depender exclusivamente do leite materno. Se as mulheres não tiverem pos-

ses para comprar leite artificial, também têm de depender exclusivamente do aleitamento materno. Contudo, a alternância entre o leite materno e o leite artificial constitui o maior risco para os bebés (McKerrow 2001). Coutsoudis et al., que estudaram mulheres que nunca deram leite materno, mulheres que deram exclusivamente leite materno e mulheres que usaram as duas formas de alimentação, constataram que o grupo que nunca tinha dado leite materno e o grupo que tinha dado exclusivamente leite materno apresentavam o mesmo índice de transmissão do HIV

aos três meses de idade. Entre as mulheres que alimentavam os bebés com leite materno, o vírus podia ser neutralizado por factores imunes específicos nele contidos, enquanto que o leite artificial impede totalmente a transmissão do HIV, excepto em casos em que as condições sanitárias são más. As mulheres em Masipumelela também não sabiam do crescente risco de transmissão devido ao contacto directo com o sangue provocado por gretas nos mamilos e mastite.

Depois da projecção, a equipa dos projectos Steps sentiu que tinham sido identificados os líderes comunitários capazes de conduzir o processo de partilha de informação. As mulheres sugeriram que os doentes tivessem oportunidade de ver os documentários, enquanto aguardavam atendimento nas unidades sanitárias. Como foi identificado, as projecções feitas nas unidades sanitárias seriam vantajosas para os trabalhadores de saúde discutirem com os doentes os obstáculos que as mulheres enfrentam quando procuram cuidados de saúde sexual e reprodutiva e para encorajar as pessoas nas unidades sanitárias que lá estejam por razões diferentes a fazer o teste do HIV.

Um outro documentário que faz parte da colecção Steps e que inspirou as mulheres durante as projecções na África Austral foi *A Red Ribbon Around My House* (Uma Fita Vermelha à volta da Minha Casa). O documentário explora o conflito entre Pinky, uma mulher que revela publicamente o seu estado, e a sua filha Nthombi que se sente envergonhada pelo estadió da sua mãe. Nthombi dizia que se ela fosse seropositiva, “levaria o segredo com ela até ao túmulo..” Pinky resiste à vontade expressa por Nthombi para que ela não revelasse

o seu estado na igreja. Acreditava que a igreja não devia promover o uso do preservativo porque as pessoas podiam interpretar o gesto como sendo um fechar de olhos à prática de sexo antes do casamento. Contudo, os líderes religiosos estão divididos em relação à forma de abordar a doença. O Reverendo Teboho Klaas do Conselho das Igrejas da África do Sul (CIAS) fala com toda a franqueza sobre os limites da abordagem ABC (Abstain, Be faithful and Condomize/Abstém-te, Sê fiel e Usa o Preservativo). Escreve,

A abstinência existe como opção para um número reduzido de pessoas e deve ser encorajada para aqueles que fazem essa escolha. Contudo, muitas mulheres não têm opção quando se trata da sua própria protecção ... O CIAS pediu às igrejas para definir a abstinência e pô-la em contexto. Gostaríamos de ver este assunto a ser discutido abertamente, em vez de simplesmente prescrever o que se deve e o que não se deve fazer (2006:12).



Fotografia por cortesia da Day Zero Productions©
Foto 4. Pinky e Nthombi no filme A Red Ribbon Around My House (Uma Fita Vermelha à volta da Minha Casa).

A organização “Human Rights Watch” no Uganda argumenta que “os programas virados apenas para a abstinência não adiam a idade em que os jovens iniciam a vida sexual... Não existe prova de que a educação baseada apenas na abstinência é eficaz na prevenção do HIV, infecções de transmissão sexual e gravidez” (2006:4). Apesar da evidência etnográfica que apoia esta análise, o teste da virgindade, mais o aparecimento de um partido político de direita promovem a abstinência a favor de práticas sexuais mais seguras. O mais preocupante para as mulheres não é apenas o risco de infecção pelo HIV, mas também a exposição ao herpes genital, candidíase vaginais e PVH (papilloma vírus humano) que produz células anormais no cervix e que, quando não é tratado, provoca cancro no colo do útero.

As mulheres na África do Sul têm apenas garantia de três colheitas gratuitas de esfregaço vaginal (Papanicolau) para exame citológico aos 35, 45 e 55 anos de idade. Os médicos estão preocupados com o facto de as três colheitas (Papanicolau) não serem suficientes para a promoção da saúde ginecológica. O uso do preservativo é essencial não apenas como barreira para o vírus HIV, mas também para outras infecções de transmissão sexual. Após todas as projecções dos documentários na África Austral – África do Sul, Moçambique, Lesoto, Namíbia e Zâmbia – as mulheres queixaram-se que os homens resistem ao uso do preservativo e que gostariam de ter mais acesso ao preservativo feminino. Os profissionais de saúde preferiam também que o preservativo feminino se tornasse acessível de forma mais livre e mais ampla nas casas de banho públicas e nas unidades sanitárias, embora o seu tamanho e visibilidade não resolvam o problema da resistência por parte dos homens.

A antropologia médica crítica aponta para as desigualdades estruturais que sustentam a epidemiologia de doenças infecciosas (Farmer 1992, Gesheker 1995, Nattrass 2001). Em *The Moral Economy of AIDS*, Nicoli Nattrass escreve,

A África do Sul está cada vez mais dividida em termos de classe com uma enorme separação entre empregados e desempregados ... O terrível elemento que o SIDA trouxe à situação é que a linha divisória significa a diferença entre a vida e a morte para muitas pessoas. Os que não têm acesso ao emprego (especialmente bons empregos) têm suportado o maior peso da pandemia do SIDA e continuarão a suportá-lo até que um plano nacional de tratamento tenha sido definido (2004:170).



Fotografia por cortesia da Day Zero Productions©

Foto 5. Zachie Achmat da Campanha de Acção para o Tratamento a apelar ao tratamento antiretroviral na África do Sul em *It's My Life (Trata-se da Minha Vida)* produzido por Brian Tilly, 2001.

Associado à feminização da pobreza, as mulheres durante as projecções dos documentários feitas em toda a África Austral, explicaram a sua difícil situação em relação à negociação do uso do preservativo. As mulheres concordaram que a sua dependência financeira dos homens, acrescida da ameaça de violência física, eram os principais obstáculos sempre que se falava do uso do preservativo. Disseram que o uso do preservativo não é apenas uma questão de escolha, mas um processo arriscado que podia levar a uma crise económica e à expulsão social. As mensagens nos media sobre sexo mais seguro e que promovem o uso do preservativo não são sensíveis às relações de poder e dominação que minam a capacidade da mulher de escolher práticas sexuais seguras. Ao exprimir estas preocupações, as mulheres do township de Masipumelela criaram uma rede de apoio e partilha que não existia antes nas suas instituições, e estabeleceram também ligações importantes com os conselheiros sobre o HIV/SIDA da equipa dos Steps. O passo seguinte,

como sugiro mais adiante, seria o de estabelecer relações entre o cinema móvel, os conselheiros sobre o HIV/SIDA e as unidades sanitárias.

CONCLUSÃO: OS MEDIA COMO MEIOS DE INTERVENÇÃO MÉDICA

Os documentários, quando não são prescritivos e quando tocam nas preocupações das comunidades nas línguas locais, podem dar um contributo significativo na identificação de obstáculos que minam a capacidade das mulheres fazerem uso dos serviços de saúde na África Subsahariana. Os documentários têm também a vantagem de entreterem as audiências e de as mobilizar para encontrar soluções dentro das redes de cuidados de saúde. Argumentei que os documentários não didácticos permitem que as audiências lidem com a complexidade e se empenhem em processos de procura de diversas soluções para a pandemia do HIV/SIDA. Os documentários que se baseiam na sabedoria do conto-dilema africano respeitam as capacidades interpretativas das audiências e rompem os silêncios que preenchem o isolamento do sofrimento físico e o receio do HIV/SIDA. Usando os media visuais como um instrumento de diagnóstico, fui capaz de identificar a pobreza, o estigma, a violência sexual e a culpabilização do género como obstáculos-chave que impedem o acesso das mulheres aos cuidados de saúde sexual e reprodutiva na África do Sul. A mobilidade das unidades de cinema móvel significa que este método pode ser usado em contextos urbanos e rurais em que operam as instituições médicas e em que a informação etnográfica específica pode muito bem apoiar na prestação de serviços e cuidados aos doentes.

Para terminar com um tom positivo, a Vice-Ministra da Saúde da África do Sul Nozizwe Madlala-Routledge começou a falar sem rodeios sobre as fragilidades do programa do governo sobre o SIDA. Está a agir como forma de corrigir os erros do governo e a concordar com as mulheres neste estudo que o estigma deve ser enfrentado. Numa entrevista com Kerry Culligan no *The Sunday Times*, Madlala-Routledge defendeu que “quando as pessoas se apresentam nas condições actuais de estigma, é chocante que tenham que ficar à espera numa longa bicha. Por isso, este é o desafio mais imediato” (Culligan 2006). Sugiro que o estabelecimento de relações entre as unidades de cinema móvel e as unidades sanitárias móveis ou fixas apoie na prestação de cuidados de saúde sexual e reprodutiva às mulheres na África Austral. Os documentários podiam ser projectados enquanto os doentes aguardam a sua vez de atendimento e os participantes às projecções podiam ser testados e aconselhados ao mesmo tempo.

**REFLEXÕES, COMENTÁRIOS
E CONTRIBUIÇÕES À
EXPOSIÇÃO DE S. LEVINE**

- As metodologias inovadoras, que integram os meios audiovisuais e favorecem a reflexão individual e colectiva, revelam grande capacidade para a mudança de atitudes perante a doença e o estigma do SIDA.
- Os filmes não deveriam ser vistos apenas nas comunidades mas também nos parlamentos e nos lugares onde se tomam as decisões em políticas de saúde.

BIBLIOGRAFIA

Abu-Lughod, Lila

1999 *The Interpretation of Culture(s) after Television*. In *The Fate of Culture: Geertz and Beyond*. Sherry B. Ortner, ed. pp. 110-135. Berkeley: University of California Press.

Bascom, William R.

1975 *African Dilemma Tales*. The Hague: Mouton Publishers.

Askew, Kelly and Richard R. Wilk, eds.

2002 *The Anthropology of Media*. Oxford: Blackwell Publishers.

Collier, John and Malcolm

1986 *Visual Anthropology: Photography as a Research Method*. Albuquerque: University of New Mexico Press.

Colvin, Mark

2006 *Infant Feeding and HIV: Equal Treatment*. Newsletter of the Treatment Action Campaign, November pg. 14

Culligan, Kerry

2006 *Beetroot gets the chop: real work starts now*. Sunday Times, 12 November: pg. 35.

Farmer, Paul

1992 *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.

Gesheker, Charles L.

1995 *Outbreak? AIDS, Africa, and the Medicalization of Poverty*. *Transition* 67: 4-14.

Ginsburg, Faye

1995 *Mediating Culture: Indigenous Media, Ethnographic Film and the Production of Identity*. In *Fields of Vision: Essays in Film Studies, Visual Anthropology, and Photography*. L. Devereaux and R. Hillman. pp. 256- 291. eds. Berkeley: University of California Press.

Human Rights Watch

2005 *The Less They Know, the Better: Abstinence-Only HIV/AIDS Programmes in Uganda*. Electronic document, <http://hrw.org/reports/2005/uganda03050/UHP/MOH?UAC/MEASURE>

Kamkam, Vathiswa and Nathan Geffen

2006 *Restoring Men's Dignity, Equal Treatment*. Newsletter of the Treatment Action Campaign. June pg.13

Klaas, Teboho

2006 *The Church and HIV Prevention*. Equal Treatment. Newsletter of the Treatment Action Campaign. November pg.12

Leclerc-Madlala, Suzanne

2001 *Virginity Testing: Managing Sexuality*

in the Maturing HIV/AIDS Epidemic. Medical Anthropology Quarterly 15(4): 533-552.

Levine, Susan

2002 *Impact Study: Steps For the Future*.
Cape Town: Day Zero Productions

Levine, Susan and Ross, Fiona

2002 *Perception of Attitudes to HIV/AIDS among Young Adults in Cape Town*.
Social Dynamics 28(1): 1-19 Cape
Town: University of Cape Town,
Centre for African Studies.

Manuel, Sandra

2005 *Obstacles to condom use among secondary school students in Maputo city, Mozambique*. *Culture, Health, and Sexuality* 7(3):293-302.

McKerrow, Neil

2001. *Breastfeeding and HIV. Obstetrics and Gynaecology Forum*. (volume 11): 15-22.

Mthathi, Siph

2006. *A Women's Movement to End Women's Oppression*. *Equal Treatment: Newsletter of the Treatment Action Campaign*. June pp. 2-3
2006 *Crisis of HIV Prevention. Equal Treatment*. *Newsletter of the Treatment Action Campaign*. November pp. 2-3

Nattrass, Nicoli

2001 *Ethics, Economics and AIDS Policy in South Africa*. *CSSR Working Paper No. 1*. Cape Town: University of Cape Town.

Sontag, Susan

2002 *Illness as Metaphor and AIDS and Its Metaphors*. London: Penguin Books.

FILMOGRAFIA

Lipman, Jane Thandi, dir.

2001 *Mother to Child*. 44 minutes.
California Newsreel. San Francisco.

Rankoane, Portia, dir.

2001 *A Red Ribbon Around My House*. 26
minutes. California Newsreel. San Francisco.

Tilley, Brian, dir.

2001 *It's My Life*. 74 minutes. California
Newsreel. San Francisco.

Steps for the Future films are distributed
by California Newsreel, P.O. Box 2284,
South Burlington, VT 05407

SEXUALIDADE E RELAÇÕES DE GÉNERO NA TRANSMISSÃO DO HIV: PROPOSTAS DE INVESTIGAÇÃO NA ÁREA DA PREVENÇÃO

Arachu Castro,
Departamento de Medicina Social
Faculdade de Medicina - Universidade de Harvard

O PROBLEMA DA PREVENÇÃO DO HIV NAS MULHERES

Na maior parte do mundo, mais de metade dos novos casos de infecção por HIV são diagnosticados em mulheres (ONUSIDA 2006). As grandes discrepâncias nas taxas de infecção por HIV reflectem a maior vulnerabilidade da mulher, tanto biológica como em termos de falta de poder (Farmer et al., 1996), o que dificulta a capacidade para negociar com quem, quando e como, têm as suas relações sexuais. Na maioria de casos, as mulheres são infectadas através dos seus parceiros estáveis, de quem dependem para a sua sobrevivência e a dos seus filhos e filhas. Nos países em guerra, muitas mulheres são infectadas durante actos de violação sexual (Cohen et al., 2005). Mesmo quando as mulheres conhecem métodos para fazer frente à infecção, as relações desiguais entre homens e mulheres impedem que estas possam negociar com sucesso a utilização do preservativo. Todas estas situações são mais frequentes em países com grandes proporções de população a viver na extrema pobreza e envolvida pela violência estrutural, como é o caso de muitos países de África, ou no Haiti (Castro e Farmer 2003; Farmer e Castro 2004).

Os resultados escassos dos esforços levados a cabo nas últimas duas décadas para prevenir a transmissão do HIV mostram que, em saúde pública, existe um conhecimento limitado sobre a complexidade da sexualidade, das relações de género e dos direitos da mulher nos diferentes contextos sociais, áreas nas quais a antropologia social adquiriu uma trajectória de conhecimento que se remonta ao trabalho etnográfico pioneiro de Bronislaw Malinowski e de Margaret Mead nos anos vinte (Malinowski 1987 [1929]; Malinowski 2001 [1927]; Mead 1928).

Desde que se conhece a etiologia do SIDA, as estratégias de prevenção da transmissão do HIV

centraram-se na distribuição de informação sobre o contágio (por via sexual, intravenosa ou materno-infantil), baseando-se na ideia de que o acesso à informação é o primeiro passo para mudar o comportamento individual. No caso da prevenção da transmissão do HIV por via sexual, as mudanças individuais podem incluir a abstinência sexual, o adiar da primeira relação sexual, a redução do número de parceiros sexuais ou a utilização de métodos de barreira (preservativo masculino e feminino) e, no futuro, de microbicides.

Ainda que dispor de informação sobre estas estratégias possa constituir o primeiro passo para a prevenção da infecção por HIV, pôr em prática algumas destas estratégias requer mudanças adicionais que não dependem da autonomia e da vontade individual. Primeiro, pela razão óbvia de que as relações sexuais envolvem mais do que uma pessoa. Segundo, porque pôr em prática a informação em matéria de prevenção do HIV pode requerer o acesso a dinheiro ou a outros bens materiais (habitação) ou a oportunidades de desenvolvimento pessoal (educação, emprego). Por exemplo, uma pessoa cujo único acesso à habitação ou a outros bens materiais seja a troco de manter uma relação que inclua a prática sexual,

muito provavelmente encontra-se numa posição mais vulnerável para decidir sobre o quando e o como das suas relações sexuais do que outra pessoa que tenha independência económica. Terceiro, as campanhas de informação em muitas ocasiões partem do princípio de que uma mudança de comportamento que traga benefícios para a saúde é suficientemente aliciante para que seja adoptada sem hesitações. No entanto, podem entrar em jogo muitos outros factores que colocam essas vantagens em matéria de saúde abaixo de outras prioridades, vistas como mais imediatas ou necessárias. Por exemplo, uma mulher que saiba como prevenir o HIV pode arriscar-

se a vender relações sexuais sem preservativo pela premente necessidade de ter de alimentar os seus filhos e filhas ou de lhes poder pagar os custos da escola pública. Por este tipo de razões, pôr em prática a informação em matéria de prevenção do HIV requer, em muitas ocasiões, a criação de oportunidades para que as pessoas que vivem em condições de vulnerabilidade possam desenvolver as suas capacidades através do acesso à saúde, à alimentação, à educação e ao trabalho remunerado.

É neste contexto de apatia e de urgência que os avanços no desenvolvimento de microbicidas adquirem uma relevância fundamental na resposta à pandemia do SIDA. Os microbicidas são cremes ou geles que actuam como uma barreira química. A mulher aplica-os na sua vagina e durante várias horas ou dias previnem a infecção por HIV ao inactivar o vírus, ou bloquear a sua entrada, ou impedir a sua replicação (Coplan et al. 2004); podem aplicar-se também no recto. Os microbicidas têm a vantagem de que são de fácil aplicação e podem ser utilizados de forma discreta e desvinculada das relações sexuais. Como não são contraceptivos, não interferem com as tentativas de gravidez, embora haja a possibilidade de se desenvolver microbicidas que também possam ser contraceptivos (Doncel 2006). Existem mais de quinze tipos de microbicidas que estão a ser estudados em ensaios clínicos (Dhawan e Mayer 2006), alguns dos quais incluem anti-retrovirais.

QUADRO TEÓRICO PARA O ESTUDO DA PREVENÇÃO DO HIV NAS RELAÇÕES SEXUAIS

Antecipar obstáculos na distribuição e utilização de métodos de barreira, como os microbicidas, para prevenir o HIV requer o estudo da economia do sexo, isto é, o complexo contexto pessoal e social em que ocorrem as relações sexuais e, nalguns casos, a decisão sobre prevenção da gravidez ou de doenças de transmissão sexual, e que deve incluir a análise em profundidade da sexualidade, das relações de género e dos direitos da mulher. O estudo da função social do sexo é crucial para prevenir a transmissão do HIV, e comporta três áreas principais: a sexualidade, as relações de género e os direitos da mulher.

Primeiro, fundamenta-se a ideia de que as relações sexuais são uma resposta a preocupações complexas de ordem social e política que frequentemente estão relacionadas com o papel da fertilidade e da reprodução. Tanto as relações sexuais como o seu significado são dinâmicas e variam em função da posição social, definida em termos de género, idade, nível de estudos,

estatuto social, religião, cor da pele e etnicidade. Como se transmitem os conhecimentos sobre sexualidade? Quem transmite que conhecimentos a quem? É o risco de transmissão do HIV uma prioridade nas mulheres e nos homens de diferentes contextos sociais? A prevenção da transmissão do HIV compete com outras necessidades e preocupações (alimentação, habitação, saúde, trabalho, família)? Qual é o impacto da pressão social nas relações sexuais? Qual é a experiência vivida pelas mulheres e pelos homens em matéria de sexualidade? Que podemos aprender para a prevenção do HIV, de outras experiências relacionadas com a distribuição e utilização de métodos contraceptivos em cada contexto social?

Segundo, as relações sexuais reflectem as relações de poder entre géneros e dentro de cada género a relação com outros indicadores de posição social. Como se reflecte nas relações de género, a distribuição das relações sexuais consensuais, por questão de sobrevivência, quer sejam comerciais ou forçadas? Como se envolvem as mulheres e os homens nos processos de tomada de decisões relacionados com as relações sexuais? Qual é o impacto da pressão social nas relações de género?

Terceiro, o estatuto legal da mulher em cada sociedade tem um papel essencial na capacidade das mulheres de negociar a sua sexualidade. Qual é o estatuto legal e a autonomia das mulheres em cada contexto social? As mulheres têm acesso igual ao dos homens à habitação, à terra, aos cuidados de saúde, ao emprego ou à herança? Existem leis para condenar certas práticas sexuais (violação, homossexualidade, poligamia, abuso infantil, violência doméstica, relações extraconjugais, mudança de sexo) e algumas das suas consequências (contracepção, aborto)? Estas leis são aplicadas e isso tem algum impacto nas práticas sexuais?

O objectivo final é compreender porque é que as pessoas têm relações sexuais (para além do desejo e do prazer) e quais as suas implicações nos diferentes estratos sociais e económicos e através dos diferentes gradientes de desigualdade social.

ESTUDO DE CASO: SEXUALIDADE E HIV NA MULHER CUBANA

A epidemia do HIV em Cuba mostra que as transformações sociais que favorecem o acesso às oportunidades e que contribuem para diminuir a desigualdade social e a pobreza extrema podem constituir ferramentas fundamentais na preven-

ção da transmissão do HIV. Sugere que, para prevenir a transmissão em África e noutras regiões do mundo, seja indispensável desenvolver políticas sociais que vão para além das mudanças de comportamento nas práticas sexuais. A perspectiva comparativa e transcultural é essencial na antropologia social, e constitui uma das contribuições mais importantes das ciências sociais para a saúde pública.

Desde que em Cuba se detectou pela primeira vez o HIV no final de 1985 (Pérez Ávila, 2006b), a infecção afectou em maior extensão a população masculina. As primeiras pessoas diagnosticadas foram homens que tinham trabalhado em África em missões internacionais. Ao regressar a Cuba, alguns deles infectaram os seus parceiros, em grande parte mulheres. Em pouco tempo o HIV começou a predominar em homens que tinham relações sexuais com homens, quer de forma exclusiva ou em relações paralelas ou alternadas com mulheres. Das 972 pessoas a quem foi diagnosticado HIV em 2005, 71,3 % eram homens que tinham declarado ter relações com outros homens, 16,5% eram mulheres e 12,2% eram homens que se identificaram como heterossexuais (Ministério de Saúde Pública 2006c).

A explicação mais rápida para dar conta da distribuição do HIV em Cuba seria que o vírus está cada vez mais contido na população de homens que praticam sexo entre eles próprios. Embora essa explicação seja válida, o conhecimento sobre a distribuição do HIV requer uma análise mais profunda sobre a complexidade e o dinamismo da sexualidade humana, das reacções que geram as relações e manifestações sexuais na sociedade, da evolução da estrutura social e da posição da mulher nessa estrutura (Castro 2007). É importante começar a levantar estas questões para promover o seu estudo na população cubana, permitir um maior conhecimento sobre os factores sociais que intervêm na transmissão do HIV e esclarecer porque é que em Cuba as mulheres beneficiam de uma certa protecção contra a infecção por HIV, em comparação com as mulheres de outros países do resto do mundo.

Uma das características mais singulares da distribuição do HIV em Cuba é que, apesar do

número de mulheres a quem é diagnosticado o HIV ter vindo a aumentar quase todos os anos, a proporção de mulheres em relação aos homens com novos diagnósticos está em decréscimo: em 2005, só 16,5 % de todos os novos casos de HIV ocorreram em mulheres, muito abaixo do máximo de 37,6 % em 1988 (Ministério de Saúde Pública 2006c). Do total de 7639 pessoas diagnosticadas com HIV em Cuba até ao final de Agosto de 2006 (Ministério de Saúde Pública 2006a), 1488 (19,5 %) são mulheres. A prevalência estimada de HIV em Cuba é de 0,1 % (ONUSIDA 2006), a mais baixa da América e uma das mais baixas do mundo, enquanto que a prevalência em mulheres grávidas é de 0,01 % (Ministério de Saúde Pública 2006b). Estima-se que em Cuba 99,4 % das infecções são por contacto sexual (Ministério para o Investimento Estrangeiro e a Colaboração Económica 2002) e que 75 % das mulheres são infectadas por relações sexuais com homens que também têm sexo com homens (Pérez Ávila 2006a).

A situação do HIV, como em outras áreas da saúde pública em Cuba (Cooper et al., 2006; Farmer e Castro 2004), é contra-exemplo do que ocorre no resto do mundo. Em Cuba, a distribuição do HIV reflecte a ausência de pobreza extrema e a ausência relativa de marginalidade. Mas, como noutros países,

é em situações extremas de disfunção familiar que o HIV se revela. Tal é o caso de Marimar¹, uma mulher de 29 anos de idade, entrevistada em 2005 durante um estudo realizado com o fim de compreender o aumento recente de gravidezes levadas a termo por mulheres cubanas que vivem com HIV (Castro et al., 2007). Ao contrário da sua irmã, Marimar conseguiu evitar as numerosas tentativas de violação pelo padrasto. A sua resistência irritou a mãe, que acabou por expulsá-la de casa. Marimar, então uma menina, andou à deriva durante um tempo. Quando tinha 13 anos, depois de lhe ser diagnosticado o HIV foi viver numa das clínicas criadas em Cuba, que eram de carácter obrigatório até 1993, para prestar atenção às pessoas que vivem com o HIV. Isto aconteceu em 1991 e já não pôde completar o oitavo ano de escolaridade. De vez em quando, Marimar visitava os seus avós, apesar destes a fazerem dormir no chão, de lhe atirarem objectos da casa e de lhe chamarem "A Morte". Enquanto viveu na clínica Marimar teve três abortos, uma vez que, como explicou, nessa altura não existia tratamento para os meninos e meninas nascidos de mães que vi-

1 Nome falso para proteger a identidade.

vem com o HIV. Quando morreram os seus avós, ela herdou a casa deles e foi para lá viver com o seu marido que tinha conhecido em 2001 na clínica. Quatro anos mais tarde teve o seu único filho, livre de HIV graças às medidas profiláticas já existentes para evitar a transmissão materno-infantil. Inserida completamente na sociedade através das políticas públicas de resposta ao HIV, Marimar deseja agora prosseguir a sua educação e tornar-se advogada.

A análise preliminar dos resultados de um estudo representativo da população cubana que recebe tratamento anti-retroviral indica que a maioria das mulheres de diferentes idades que vivem com SIDA não recebeu dos seus familiares nenhum tipo de informação sobre sexualidade durante a sua infância ou adolescência (Castro e Aragonés, 2006), em grande parte por se considerar um tema inapropriado para a conversa familiar. É possível pensar que o maior espaço ocupado pela sexualidade no debate familiar e público nos anos recentes e o subsequente maior uso do preservativo estejam relacionados com a diminuição da transmissão do HIV em Cuba.

Além da ausência de pobreza extrema e da abertura no tema da sexualidade, a distribuição do HIV em Cuba indica que as mulheres estão numa boa posição para negociar as suas relações sexuais. Duas hipóteses apontam para esta afirmação. Por um lado, as mulheres cubanas gozam de um acesso equitativo às oportunidades para se desenvolverem através do estudo e do trabalho, graças aos esforços do governo cubano na sua luta contra a desigualdade social, incluída a de género. Em 2003, por exemplo, mais de 60 % da força de trabalho profissional e técnica era representada por mulheres (Alfonso Fraga, 2006). Por outro lado, as necessidades básicas tais como a alimentação, a habitação, a educação ou os cuidados de saúde são garantidas pelo governo, gratuitamente ou a preços subsidiados, se bem que, desde meados dos anos noventa, a desigualdade social tenha aumentado (Domínguez et al., 2004; Espinha Prieto e Rodríguez Ruiz, 2006). A combinação destes dois factores permite que as mulheres não tenham uma grande dependência económica dos homens, o que aumenta o seu poder para negociar as relações sexuais.

É possível que a elevação do estatuto da mulher em Cuba esteja relacionada com a diminuição da homofobia ou da heteronormatividade (Sierra Madero, 2006). O desprezo em relação aos homens que mantêm relações sexuais com outros homens indica geralmente o domínio do homem

viril e a desvalorização do papel da mulher na sociedade. A maior abertura na esfera pública em questões de sexualidade poderá ser resultado de esforços, tanto para normalizar as diferentes expressões da sexualidade, como para melhorar a posição da mulher na estrutura social cubana. Seria de interesse compreender se, na origem destas mudanças, existem menos homens em Cuba que se vêem forçados por pressão social a manter relações sexuais com mulheres para ocultar o seu desejo por outros homens e assim evitar a rejeição da sociedade, e se os homens que têm relações sexuais tanto com homens como com mulheres, mantêm essas práticas mais por desejo que por pressão social e ainda se o fazem com o conhecimento das mulheres. Nesse caso, seria importante analisar se a maior ligação entre o desejo e a prática sexual está relacionada com a diminuição de casos de transmissão do HIV de homem para mulher.

RECOMENDAÇÕES

A cobertura de necessidades tais como os cuidados de saúde, a alimentação, a educação e o emprego, proporciona que as mulheres disponham das ferramentas que permitam a sua autonomia e que ajudem a pôr em prática a informação recebida para negociar as suas relações sexuais, como mostra o caso cubano. No entanto, as mudanças estruturais que se devem desenvolver em grande escala para travar a transmissão do HIV requerem apoios políticos que em muitos outros lugares podem levar mais tempo do que o necessário para se obter a vacina contra o SIDA. Entretanto, a introdução de microbicidas pode representar uma contribuição fundamental para a redução da transmissão do HIV às mulheres. Além dos avanços na composição química dos microbicidas e dos resultados dos ensaios clínicos que estão em curso, o sucesso da utilização em massa dos microbicidas requer, em primeiro lugar, o entendimento da complexidade da sexualidade, das relações de género e dos direitos da mulher e, em segundo lugar, a aplicação desse conhecimento no desenvolvimento de estratégias concretas no terreno para a sua utilização.

AGRADECIMENTOS

A autora agradece a colaboração de Jorge Pérez, Ida González, Carlos Aragonés e Jorge Campos, do Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí em Havana, e de Yasmin Khawja, Hanna Garth e Cate Oswald da Universidade de Harvard, bem como a generosidade de Atlantic Philanthropies (contrato de investigação número 14217) e da Fundação Ford (contrato de investigação número 1055-0735, outorgado ao Centro de Estudos Latino-americanos David Rockefeller da Universidade de Harvard).

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE A. CASTRO

- A introdução de microbicidas onde se pratica o “sexo seco” pode revelar-se difícil, já que – entre outras razões – os fluxos vaginais são considerados impuros e a vagina húmida levanta suspeitas de infidelidade.
- Nos programas de introdução de microbicidas, é necessário explicar muito bem para que servem e o seu modo de utilização, uma vez que em experiências realizadas em África detectaram-se erros de utilização.
- Os programas de saúde destinados especificamente às mulheres devem ter em conta as diferenças sociais e de classe entre as mesmas.

REFERÊNCIAS

Alfonso Fraga, Juan Carlos

2006 *El descenso de la fecundidad en Cuba: De la primera a la segunda transición demográfica*. Revista Cubana de Salud Pública 32(1).

Castro, Arachu

2007 *Sexualidad, relaciones de género y transmisión de VIH en Cuba*. Revista Sexología y Sociedad (no prelo).

Castro, Arachu, e Carlos Aragonés

2006 *El impacto del tratamiento antirretroviral en la calidad de vida de las personas que viven con sida en Cuba*. In Foro Nacional de Investigación e Innovación en Salud (FIINSA). La Habana: Ministerio de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud.

Castro, Arachu, e Paul Farmer

2003 *Infectious Disease in Haiti: HIV/AIDS, Tuberculosis, and Social Inequalities*. EMBO Reports 4(6):S20-S23.

Castro, Arachu, Yasmin Khawja,

e Ida González Núñez

2007 *Sexuality, reproduction, and HIV in women: The impact of ART in elective pregnancies in Cuba*. (manuscrito enviado para publicação).

Cohen, Mardge H., Anne-Christine d'Adesky, y Kathryn Anastos

2005 *Women in Rwanda: Another World is Possible*. Journal of the American Medical Association 294(5):613-615.

Cooper, Richard S., Joan F. Kennelly, e Pedro Ordúñez-García

2006 *Health in Cuba*. International Journal of Epidemiology 35:817-824.

Coplan, Paul M., Mark Mitchnick,

e Zeda F. Rosenberg

2004 *Regulatory challenges in microbicide development*. Science 304:1911-1912.

Dhawan, D., e K. H. Mayer

2006 *Microbicides to prevent HIV transmission: overcoming obstacles to chemical barrier protection*. J Infect Dis 193(1):36-44.

Domínguez, Jorge, Omar Everlery Pérez

Villanueva, e Lorena Barberia

2004 *The Cuban Economy at the Start of the Twenty-First Century*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Doncel, G. F.

2006 *Exploiting common targets in human fertilization and HIV infection: development of novel contraceptive microbicides*. Hum Reprod Update 12(2):103-17.

Espina Prieto, Rodrigo,

e Pablo Rodríguez Ruíz

2006 *Raza y desigualdad en la Cuba actual*. Temas 45:44-54.

Farmer, Paul, e Arachu Castro

2004 *Pearls of the Antilles? Public Health in Haiti and Cuba*. In *Unhealthy Health Policy: A Critical Anthropological Examination*. A. Castro e M. Singer, eds. Pp. 3-28. Walnut Creek, CA: Altamira Press.

Farmer, Paul, Margaret Connors,

e Janie Simmons, eds.

1996 *Women, Poverty, and AIDS: Sex, Drugs, and Structural Violence*. Monroe, Maine: Common Courage Press.

Malinowski, Bronislaw

1987 [1929] *The sexual life of savages in North-Western Melanesia: an ethnographic account of courtship, marriage, and family life among the natives of the Trobriand Islands, British New Guinea*. Boston: Beacon Press [Publicação original: London: Routledge, 1929]. .

—
2001 [1927] *Sex and repression in savage society*. New York: Routledge [Publicação original: New York: Harcourt, 1927].

Mead, Margaret

1928 *Coming of age in Samoa: a psychological study of primitive youth for western civilization*. New York: Blue Ribbon Books.

Ministerio de Salud Pública

2006a *Estadísticas, Programa Nacional de Prevención del Sida*. La Habana: MINSAP.

—
2006b Informe de Cuba en virtud de lo establecido en la resolución 60/224 titulada "Preparativos y organización de la reunión de 2006 dedicada al seguimiento de los resultados del vigésimo sexto período extraordinario de sesiones: Aplicación de la declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida". La Habana: MINSAP.

—
2006c Sistema de Vigilancia, Programa Nacional de VIH/sida. La Habana: MINSAP.

Ministerio para la Inversión Extranjera y la Colaboración Económica

2002 *Fortalecimiento de la Respuesta Nacional Multisectorial para la Prevención y Atención de la Epidemia del VIH/sida en la República de Cuba*. Proposta submetida ao Fundo Mundial. La Habana: MINVEC.

ONUSIDA

2006 *Informe de la Epidemia Mundial de Sida*. Ginebra: ONUSIDA.

Pérez Ávila, Jorge

2006a *Acceso al tratamiento antirretroviral: Retos y formas de afrontarlos*. In Foro Nacional de Investigación e Innovación en Salud (FIINSA). La Habana: Ministerio de Salud Pública y Organización Panamericana de la Salud.

—
2006b *Sida: Confesiones a un médico*. La Habana: Centro Nacional de Prevención de las ETS/VIH/sida.

Sierra Madero, Abel

2006 *La Habana de carmín. Al otro lado del espejo*. Temas 47:93-104.

APROXIMAÇÃO OU RESISTÊNCIA? UTILIZANDO PRINCÍPIOS E PRÁTICAS DA CURA TRADICIONAL PARA INTENSIFICAR O TRATAMENTO CONTRA O HIV/SIDA NA ÁFRICA DO SUL

Joanne Wreford,
Unidade de Pesquisa sobre o SIDA e Sociedade,
Centro de Pesquisa em Ciências Sociais,
Universidade de Cape Town, África do Sul.

INTRODUÇÃO: COMPREENDENDO OS OBSTÁCULOS AO TRATAMENTO DO HIV/SIDA

As estatísticas sobre a infecção do HIV na África do Sul indicam que há 5.2 milhões de pessoas vivendo com o vírus. Os índices de infecção mais elevados registam-se nos townships (subúrbios geralmente grandes e pobres próximos das cidades) e em 'assentamentos populacionais informais' onde vive a maioria da população negra¹. Estes valores põem a nú a realidade sombria de que, apesar dos melhoramentos introduzidos nos serviços de saúde pública do país, o acesso ao tratamento continua a ser muito problemático.

Quais são os obstáculos ao tratamento na África do Sul e como se explicam? Podem-se caracterizar as barreiras como sendo barreiras impostas estruturalmente e barreiras impostas socialmente ou auto-impostas. Quanto à primeira categoria, o obstáculo principal tem residido no posicionamento ambíguo do governo sobre a doença, e no tratamento antiretroviral. Os pronunciamentos de certa recusa por parte do Presidente Mbeki estão bem documentados; por seu turno, a ministra da saúde aumenta a confusão quando apoia qualificativos feitos aos ARVs como 'envenenados' (um termo com particular carga emotiva no imaginário da medicina tradicional africana, que é geralmente utilizado no contexto da feitiçaria). Esta ofuscação é responsável, pelo menos em parte, pela resposta retardada à epidemia por parte da administração—um programa persistentemente esbatido, lento e inconsistente que tem sido alvo de intenso debate público e crítica académica (por exemplo, Ashforth 2005: 107-8; Benatar 2001: 364; Nattrass 2004a: cap. 2). Mas este enquadramento não conta a história toda, porque o programa sofre também constrangimentos pelo facto de ser implementado no contexto de um Serviço de Saúde Pública já de si sobrecarregado e com falta de recursos que actualmente dificilmente consegue fazer face a tal fardo (Letsoalo 2006). A fraqueza infraestrutural aumenta a dificuldade. Nas áreas rurais, as unidades públicas de saúde localizam-se sistematicamente longe

de quaisquer formas de transporte público, mas mesmo nos townships em expansão os doentes têm de se resignar a passar um dia inteiro a viajar e depois esperar pelo tratamento.

Este cenário tem como pano de fundo o desemprego crónico, e embora a falta de emprego resulte obviamente num estado de empobrecimento geral, a persistência da desigualdade de género na África do Sul faz, certamente, com que o fardo de lidar com as consequências da situação recaia desproporcionadamente sobre a mulher. Na realidade, a pobreza e o desemprego exacerbam os efeitos corrosivos não só em termos de suportar a desigualdade de género [por vezes justificada através de asserções dúbias com referência às tradições 'culturais' (Mthathi 2006)], mas também em termos da violência com base no género. As mulheres mais jovens, as raparigas e os rapazes são especialmente vulneráveis à exploração sexual (Mthathi 2006; Susser e Stein 2000), frequentemente acompanhada pelo tipo de coerção violenta que, tal como demonstram Dunkle et al., representa um risco acrescido de infecção por HIV (2004). O desemprego e o desesporo associado à privação encorajam a insidiosa mercantização do sexo. Não havendo bem-estar básico, por exemplo, as mulheres e raparigas poderão ser mais facilmente persuadidas a trocar o sexo (frequentemente não seguro) por favores materiais (Dunkle et al. 2004: 1417; Preston-Whyte 1994: 248-250) ou a engravidar para terem acesso a um Subsídio de Apoio à Criança. No entanto, o elo entre um diagnóstico do SIDA, os ARVs e o acesso determinado por razões de saúde a um Subsídio de Incapacidade tem-se revelado potencialmente prejudicial a regimes de tratamento (Nattrass 2004b). Para as mulheres, a pobreza tem outras consequências, bem mais prosaicas. Para irem a uma unidade sanitária 'local', por exemplo, as mulheres são forçadas a procurar cuidados médicos infantis, para além do facto de terem de carregar as crianças pequenas, intensificando assim a sua ansiedade. Uma vez que as mulheres raramente têm dinheiro próprio, a procura de dinheiro para pagar a viagem representa uma barreira adicional para acederem ao tratamento. Quando a deslocação à unidade sanitária inclui tratamento ou estagem, o assunto torna-se ainda mais complicado, porque até mesmo os parceiros mais compreensivos questionam o objectivo da deslocação.

1 A Província de Cabo Ocidental, onde decorreu esta investigação, orgulha-se de ter a prevalência mais baixa de HIV no país, um reconhecimento que se deve ao facto de ter adoptado desde o início o tratamento antiretroviral. Veja-se Naimak 2006.

Tudo isto faz projectar a análise dos obstáculos ao tratamento do HIV/SIDA para o domínio do social ou do que é auto-imposto, e assim para considerações da forte combinação representada pelo estigma, medo e negação, que continua a envolver o campo da doença na África do Sul. A negação, seja da doença ela própria ou do estado da pessoa, e pese o facto de ser encorajada por pronunciamentos do governo, é também alimentada por uma habitual relutância de se discutir a sexualidade. Acrescente-se a estigmatização, e não é difícil perceber porque é que as campanhas visando a testagem do HIV/SIDA e a mudança de comportamento se têm provado ineficazes². Os indivíduos do sexo masculino têm particular relutância em fazer o teste (Beck 2004) e, em geral, opõem-se ao uso do preservativo, especialmente em termos de relações no âmbito do casamento, agravando-se os riscos de infecção das mulheres e das crianças que resultam de ligações não protegidas. Por outro lado, a mulher é injustamente vulnerável à sexualização da culpa (Leclerc-Madlala 2001), e as esposas e mães que defendem o uso do preservativo são, elas próprias, acusadas de 'serem porcas' (outro eufemismo para feitiçaria), ou 'terem algo a esconder'. Lamentavelmente, as inequidades de género subjacentes a estas atitudes têm-se revelado persistentes ao longo das gerações. Por exemplo, estudos realizados no Kwazulu-Natal demonstraram haver um nível perturbante de comportamentos sexualmente coercivos e quase inconscientes por parte de uma camada jovem (Leclerc-Madlala 2001; Tillotson & Maharaj 2001). Nestas circunstâncias, dificilmente surpreende que o número de

infecções continue a subir, especialmente no seio de mulheres mais jovens (OMS 2006a).

FAZENDO FRENTE AO HIV/SIDA – POLÍTICA DE SAÚDE E CURANDEIROS TRADICIONAIS NA ÁFRICA DO SUL

Como é que a administração tem lidado com a questão do pluralismo médico no contexto da disponibilidade de tratamento? A existência de ideologias de cura concorrentes no quadro da saúde pública da África do Sul não melhorou o acesso ao tratamento, uma situação um tanto ou quanto paradoxal que está, pelo menos em parte, e uma vez mais, associada a ambiguidades por parte do governo. Tomemos, por exemplo, o caso da Ampla Estratégia contra o HIV e SIDA (Departamento de Saúde 2006). Neste documento, a administração exprime respeito simbólico para com os curandeiros, descrevendo-os como 'pilares' da estratégia. Contudo, o texto não desenvolve, de nenhum modo, esta função aparentemente central, uma omissão que, sem dúvida, ajuda a explicar (e fornece uma desculpa conveniente para) a continuada exclusão dos curandeiros das intervenções do HIV/SIDA. Entretanto, reforçado pela ambiguidade em torno dos ARVs, o apoio prestado pela ministra de saúde à causa da 'opção' no tratamento do HIV/SIDA tem erradamente convencido alguns doentes de que os remédios 'naturais' curam a doença. O estímulo que dá às (muitas vezes incorretamente rotuladas) terapias 'tradicionais' apenas acrescenta achas à fogueira, promovendo reivindicações oportunistas no tocante às 'curas'³ (Beresford 2006; Geffen 2005; Herman 2006). Tal evidência de charlatanismo (tenha este origem ou não nos praticantes tradicionais) valida a caracterização habitual feita pelos profissionais médicos de que todos os curandeiros tradicionais são intruções incompetentes ou perigosos⁴, ou 'feiticeiros'⁵. Frustrados por uma disponibilidade inadequada de ARVs, os médicos chegam à conclusão de que o governo está a forçar os doentes no sentido de fazerem escolhas de tratamento 'não científicas' (Lederer 2006; Natrass 2005). Em termos globais, pois, e embora a administração reivindique a adopção de políticas 'holísticas' em relação ao HIV/SIDA com o objectivo discutível de encorajar escolhas de tratamento e a aproximação entre paradigmas médicos, o certo é que essas políticas perpetuaram a alienação. Assim, perderam-se os potenciais benefícios que poderiam resultar do pluralismo médico; em vez de se envolverem reciprocamente em intervenções contra a epidemia, as duas ideologias continuam a operar separadamente, por vezes acrimiosamente.

2 A Província de Cabo Ocidental, onde decorreu esta investigação, orgulha-se de ter a prevalência mais baixa de HIV no país, um reconhecimento que se deve ao facto de ter adoptado desde o início o tratamento antiretroviral. Veja-se Naimak 2006.

3 As actividades da Fundação Rath são conhecidas a este respeito, sem excluir o township de Khayelitsha no Cabo Ocidental (Geffen 2005: 187-194). Alguns curandeiros, que aceitaram o rótulo 'tradicional' associado aos regimes de vitamina da Fundação Rath, têm apoiado a sua distribuição.

4 Alguns antropólogos também envolveram curandeiros na criação de crenças ou práticas 'perigosas'. Mas embora a propagação do famoso 'mito de purificação da virgem', por exemplo, seja atribuído a curandeiros tradicionais (Leclerc-Madlala 2002b: 92; Schoepf 2004: 23), há insuficiente evidência a esse respeito (Matthews 2005: 149). De modo semelhante, as alegadas associações entre a reutilização de lâminas de barba e a propagação da doença não foram provadas. Neste contexto, a propagação iatrogénica da doença por meio de injeções médicas não é contestada (Moore et al. 2001; OMS 2006b).

5 A existência de charlatões é indiscutível. Legislação governamental, destinada em parte a reprimir as suas actividades, foi recentemente aprovada, mas precisa de ser testada (THPB 2004).

COLABORAÇÃO OU INCORPORAÇÃO?

A noção teórica de colaboração entre paradigmas em intervenções ao HIV/SIDA não é verdadeiramente nova (Organização Mundial de Saúde 1978). Tendo entendido que há vantagens em atrair para os sobrecarregados serviços de saúde um aliado na medicina que é influente e culturalmente apropriado, muitos praticantes tradicionais apoiaram a ideia, e pesem embora diferenças históricas existentes, desenvolveram-se vários esforços no sentido de se criar interacção na África do Sul⁶. Mas os projectos 'cooperativos' tendem a ser uni-direccionais e educativos, e os curandeiros participantes têm muitas vezes expressado descontentamento em relação à persistente indiferença por parte de praticantes biomédicos em relação ao potencial de aprendizagem da medicina tradicional africana (Leclerc-Madlala 2002a: 9).⁷

Antes de deixar estas breves considerações sobre a cooperação, é importante chamar a atenção para algumas dúvidas sobre as consequências da colaboração que actuam para dissuadir alguns praticantes tradicionais de cooperarem com a biomedicina. Em primeiro lugar, o curandeiro corre o risco da sua colaboração junto dos serviços de saúde públicos locais ser criticada como traição à etiologia e práticas tradicionais por parte de clientes e outros curandeiros. Aqueles que se opõem à cooperação com, por exemplo, vários sectores médicos alegam que a colaboração realmente representa (ou inevitavelmente resulta em) incorporação e a consequente subjugação da compreensão tradicional da saúde e da doença pela hegemonia do discurso biomédico. Outros estão preocupados com a relação simbiótica da biomedicina com interesses de motivação comercial por parte de empresas farmacêuticas. Receiam o potencial de exploração que possa ocorrer nas relações de colaboração médica, não menos importante em relação aos benefícios comerciais que daí resultam para o desenvolvimento do 'conhecimento indígena'⁸.

Contudo, a longevidade da medicina tradicional em África e o apoio activo de muitos curandeiros sugerem que a disciplina é suficientemente flexível para poder florescer no quadro de uma cooperação mutuamente receptiva.

Fazendo uso de um estudo de caso da Província do Cabo Ocidental, a restante parte do presente capítulo analisa as limitações da abordagem educativa em relação aos esforços de colaboração e, embora reconhecendo as dificuldades, apresenta algumas sugestões para a concepção de intervenções de colaboração relativamente ao

HIV/SIDA, organizadas num quadro metodológico simultaneamente mais amplo e mutuamente respeitoso.

O CASO DO PROJECTO HOPE (PROGRAMA DE EXTENSÃO E EDUCAÇÃO NO ÂMBITO DO HIV) NO CABO OCIDENTAL

O projecto HOPE⁹ da Cidade do Cabo, em que o presente estudo se inspira, começou em Outubro de 2005 com três objectivos específicos¹⁰: Encorajar a cooperação na transferência entre o pessoal biomédico e os amagqirha/izangoma; evitar possíveis rupturas nos regimes dos ARV através de contra-indicações com remédios tradicionais; e persuadir mais homens a realizarem o teste¹¹. Participaram nove amagqirha do sexo feminino, falantes de Xhosa, e cinco Trabalhadores de Saúde Comunitária (TSC) do projecto HOPE, todos a viverem e a trabalharem em cinco townships em redor da Cidade do Cabo. O projecto arrancou com um curso de seis semanas, que teve lugar no Hospital Académico Tygerberg na Cidade do Cabo, e que abrangeu áreas educativas conhecidas: compreensão biomédica do HIV/SIDA, ITS, infecções oportunistas e a acção, prescrição e administração de antiretrovirais, prevenção da transmissão mãe-filho (PTMF), estratégias de sexo mais seguras e assim por diante. A adesão ao tratamento e os riscos de contra-indicação em relação à eficácia dos ARV foram realçados. O curso foi inovador ao incorporar um módulo de aconselhamento e testagem voluntária com a duração de quatro semanas¹². O efeito desta fase inicial pode ser sumariada através das palavras

6 Veja-se Wreford 2005b para uma revisão exaustiva de formas de colaboração na África Austral.

7 Não é sem ironia que antropólogos interessados em etnografias de sistemas médicos tradicionais descobrem, por vezes, que a sua investigação tem sido marginalizada ou ignorada por profissionais biomédicos e por autores de programas de saúde pública.

8 O Conselho de Pesquisa Médica (CPM/Medical Research Council no original) na África do Sul é uma das várias instituições que realiza investigação in vitro sobre a eficácia de alguns remédios tradicionais no tratamento do sistema imunológico. Contudo, o CPM admite que o seu trabalho quase não recebe financiamento e admite ainda que a questão da propriedade do 'conhecimento indígena' no contexto dos direitos da propriedade intelectual permanece bastante problemática (Dr. Matsabila, CPM: comunicação pessoal, Nov. 2005).

9 HOPE (HIV Outreach Program and Education) realiza projectos de formação, educação e de extensão em unidades sanitárias e hospitais de dia na Província Ocidental.

10 O projecto é o primeiro do género no Cabo Ocidental. Para uma descrição completa do plano e objectivos do curso, veja-se Hippler et al. 2005. Wreford 2006 apresenta uma análise da eficiência das fases iniciais da implementação do projecto.

11 Um quarto objectivo que permitirá aos curandeiros efectuar testes de expectoração aguarda pelo protocolo da Direcção Provincial de Saúde.

de um igqirha: 'tudo ficou mais claro para mim. Isto é o que eu andava à procura. É preciso saber o que se quer fazer pelo povo.'

A evidência investigativa que serve de suporte a este capítulo baseia-se na participação e observação directas do curso do projecto HOPE e pauta-se pela experiência do seu primeiro ano de implementação. As fontes incluem notas de campo, complementadas por entrevistas aprofundadas em que participaram amagqirha, e entrevistas em grupo com a participação de trabalhadores de saúde comunitária (TSC). Quando necessário, é também utilizada evidência recolhida no âmbito do trabalho de campo que decorreu ao longo de vários anos e em que estiveram envolvidos curandeiros da região austral do Cabo¹³.

CURANDEIROS TRADICIONAIS E O TRATAMENTO DE MULHERES E CRIANÇAS

São óbvias as vantagens de se envolverem curandeiros tradicionais nas intervenções do HIV/SIDA. São acessíveis, habitualmente não muito caros¹⁴, e disponíveis 'fora de horas'; a marcação das

consultas é totalmente aberta, e estão culturalmente sintonizados com os seus clientes¹⁵. Como curandeiros, os amagqirha/izangoma podem contar com o respeito tradicional e com as ligações habituais: são popularmente conhecidos como indivíduos sábios em relação ao conhecimento local¹⁶. Ao partilharem as vidas do township dos seus clientes, os profissionais envolvidos no projecto HOPE conhecem bem os riscos (e as tentações) que as mulheres e as crianças correm vivendo na pobreza¹⁷. Pelo menos duas pessoas têm experiência pessoal de viver com o HIV/SIDA e a maior parte tem histórias comuns de parceiros infieis. Desenvolvendo o trabalho com base nestas relações e munidos de habilidades no domínio do aconselhamento, os curandeiros do projecto HOPE estão idealmente posicionados para encetar o diálogo sobre o HIV/SIDA.

No contexto do plano HOPE podem-se identificar benefícios gerais adicionais. Em primeiro lugar, a aceitação por parte dos curandeiros das interpretações biomédicas do HIV como (até ao momento) não tendo cura e o seu apoio ao tratamento com ARVs asseguram que estes amagqirha não oferecem tratamentos falsos ou perigosos¹⁸. Em segundo lugar, e porque os amagqirha do projecto HOPE são capazes de reconhecer diferenças biomédicas entre os sintomas das ITS e do HIV/SIDA, é improvável que receitem remédios para tratar as ITS, deixando o vírus intocável¹⁹; nem vão utilizar remédios que possam debilitar um sistema imuno deprimido. Em terceiro lugar, funcionam como canais para a transmissão destes novos conhecimentos à comunidade e podem encorajar outros curandeiros nos seus bairros a realizar acções de cooperação. Em quarto lugar, o seu conhecimento dos meios de transmissão faz deles promotores úteis da mudança nos comportamentos, incluindo o uso e distribuição de preservativos²⁰. Por fim, e visto que os homens tendem a consultar os amagqirha/izangoma antes dos médicos (em particular no que diz respeito aos sintomas das ITS), os benefícios já descritos devem apoiar a mulher na sua luta pelo acesso à testagem e tratamento. Este potencial remete a discussão para a questão do sigilo, da estigmatização e a questão da recusa do HIV/SIDA já tratada anteriormente neste capítulo.

Os receios conjuntos da descoberta e da estigmatização após a revelação continuam a reforçar a necessidade de haver confiança, sigilo e confidencialidade nos programas de tratamento (Almelele 2006). No sector de saúde pública, isto é um campo particular de disputas. Muitos doentes recusam-se a ir às unidades sanitárias dos seus

12 O módulo de aconselhamento foi concebido e coordenado pelo Centro de Informação sobre Formação e Aconselhamento do SIDA (ATC/AIDS Training Information and Counselling Center), Cabo Ocidental.

13 A autora é uma isangoma praticante e antropóloga social.

14 A questão dos custos pagos pelos serviços dos amagqirha/izangoma é complexa. Para algumas considerações sobre a questão a partir do projecto HOPE, veja-se Wreford 2006: 26-28.

15 É claro que isto não é de modo algum universal. Reconhecendo a importância da crença, um igqirha no âmbito do projecto HOPE comentou humildemente: 'Depende da crença e fé de cada pessoa, seja essa crença na medicina tradicional ou na medicina ocidental.'

16 A relação dos curandeiros com as mulheres, em particular, muitas vezes começa durante a gravidez. Por exemplo, as mulheres grávidas aproximam-se do amagqirha para obterem um remédio que lhes facilite o parto (isicakathi), e para que, após o parto, se possam colocar amuletos (amatatyi) em torno da cintura e pescoço da criança para ajudar a estimular o crescimento.

17 Pressionados pela falta de rendimento adequado, vários profissionais do projecto HOPE passaram a ter segundos empregos para reforçar o rendimento do primeiro.

18 Os charlatães que procuram passar por curandeiros fazem promessas de falsas 'curas' para tratar a doença. Pedem consideráveis somas de dinheiro. Dois TSC do projecto HOPE contaram casos de 'curandeiros tradicionais' nas suas áreas pedindo até 3.000 Randes pelo 'medicamento para o HIV'. Tangwa observa que o próprio acto de pedir somas exorbitantes é sinal de fraude (2005): 'Os curandeiros verdadeiros, como salienta o instrutor da autora, nunca devem exagerar no preço que pedem, arriscando-se a perder os seus poderes de cura se assim o fizerem.'

19 A questão da 'cura' na medicina africana tradicional significa a ausência de sintomas, com implicações óbvias e sérias para os estádios assintomáticos do HIV. Veja-se Wreford 2005a: 64-66.

20 Os amagqirha do projecto HOPE contam que os jovens, em particular, os consultam para obterem preservativos.

bairros 'porque as pessoas ficam curiosas' – o simples facto de serem vistas nesse local basta para se porem a circular boatos desagradáveis. Para além disso, os trabalhadores do hospital são conhecidos pela sua indiscrição, sendo vistos como 'pessoas que de ânimo demasiado leve divulgam as situações', tal como afirmou 'sem papas na língua' um TSC do projecto HOPE. Mas a censura popular e as atitudes pessoais também operam como poderosos impedimentos para a deslocação às unidades sanitárias. Em particular, os adolescentes que procuram preservativos ficam vulneráveis a admoestações públicas, relativamente ao seu comportamento considerado 'sujo', especialmente feitas por trabalhadores de saúde mais velhos.

Em contraste com a fama que as unidades sanitárias têm para esta tendência, os amagqirha/izangoma são obrigados a manter confidenciais os seus diagnósticos e toda a informação sobre o cliente. Um igqirha sublinhou a importância do sigilo: 'O que quer que seja que se descubra em alguém, quando se procede a um diagnóstico, deve ser mantido para si próprio, porque se trata de um segredo. Essa pessoa poderá depois dizer que está bem, e eu sou capaz de tornar a ver essa pessoa porque ela sabe realmente guardar para si a informação confidencial.' O ambiente que envolve os igqirha/isangoma é, pois, considerado seguro para a partilha de segredos pessoais. Os amagqirha do projecto HOPE vão amplificando esta responsabilidade reconhecida, prestando apoio activo e alívio até que os clientes vivendo com o vírus estejam preparados para fazerem a revelação. Um curandeiro acolheu na sua casa uma mulher seropositiva e encorajou-a a falar até "ela ganhar mais força e aprender a viver com o problema'. Outros curandeiros voluntariamente aceitam consultas de clientes que vão ao seu encontro para 'falar' (como popularmente se designa o aconselhamento) e comer.

Como incentivo pela colaboração, o papel de defender o novo tratamento por parte do curandeiro apresenta outras potenciais vantagens importantes para o desenvolvimento da sua própria prática. Por exemplo, oferece a oportunidade de reabrir o diálogo com jovens desiludidos, cuja atitude exterior de desrespeito esconde, por vezes, uma verdadeira apreensão sobre as tradições da medicina africana (para não falar da sua relação ambígua com o discurso da feitiçaria). Fazendo uso do seu acesso ao preservativo, por exemplo, os amagqirha/izangoma são capazes de envolver os jovens em conversas que não só reforçam uma prática sexual mais segura em tempos do

HIV/SIDA, mas também afastam imagináveis receios sobre a prática tradicional e proporcionam interesse e respeito renovados pelo paradigma.

Na senda deste tema alterativo, existe também um outro papel transformador e potencialmente dinâmico para os curandeiros, desta vez no domínio das relações de género. Assim, os amagqirha – já reconhecidos como conselheiros comunitários e confidentes – podem concebermente assumir esta responsabilidade de aconselhamento, de modo a incluir uma subtil intervenção no domínio do género com vista a fazer face ao comportamento habitualmente dominante (e muitas vezes violento) do homem, especialmente nas relações íntimas (Dunkle et al.. 2004; Moffett 2006). Nas suas interacções, estas mulheres mais velhas, mais sábias e em grande medida independentes poderão ser influentes na mobilização dos seus clientes do sexo masculino e feminino bem como jovens e clientes mais velhos para reflectirem sobre os novos valores das relações sexuais íntimas e sobre a distribuição do poder neste âmbito.

CONSTRUINDO A RECIPROCIDADE, AMPLIANDO O ENFOQUE DA COLABORAÇÃO

O projecto HOPE tem adoptado até à data um padrão educativo familiar. Embora os benefícios do tratamento nesta abordagem sejam atestados pelos números crescentes de pessoas que são enviadas pelos curandeiros para fazerem o teste, o método como instrumento genuinamente colaborativo tem a limitação de tender para o modelo biomédico. A restante parte do presente capítulo trata de duas versões do projecto-piloto HOPE, agora encarado como um acto mais amplo e recíproco de colaboração. A primeira sugere a incorporação de elementos da farmacopeia tradicional no esquema, enquanto que a segunda visualiza que o projecto incorpore um compromisso directo com a etiologia e a prática ritual dos amagqirha/izangoma.

Aumentando a eficácia terapêutica 1: A farmacopeia tradicional e o intervalo sem tratamento

O curso no âmbito do projecto HOPE destacou que se deve assegurar que os amagqirha

trabalhem de acordo com os conhecimentos biomédicos em relação ao HIV/SIDA e seu tratamento. Para este fim, foram realçados os riscos de possíveis contra-indicações entre os ARVs e os tratamentos tradicionais. Contudo, no contexto da concorrência entre as ideologias terapêuticas tratadas anteriormente no capítulo, e em termos da ênfase que o presente capítulo coloca na cola-

boração médica recíproca, foi notória a ausência de qualquer debate sobre os remédios usados pelos curandeiros (para, por exemplo, o sistema imunológico e ITS), no mínimo porque os clientes que consultam um igqirha andam à procura de um remédio em termos do paradigma amagqirha/izangoma. Mesmo depois de testarem positivo, alguns vão recusar a via biomédica. Ao reconhecer esta realidade, o cenário que em baixo se esboça procura demonstrar como é que as colaborações como a do projecto HOPE se poderiam desenvolver de modo a fornecerem contextos para a investigação activa da eficácia dos remédios dos amagqirha/izangoma no tratamento do HIV/SIDA.

Na África do Sul, os doentes de saúde pública que conseguem ter acesso aos ARVs apenas o fazem com contagens CD4 de 200 ou menos. O tempo que vai do diagnóstico HIV positivo a este ponto pode durar vários anos: um período a que chamarei de 'intervalo sem tratamento'. Durante esta fase, a biomedicina oferece cuidados paliativos, antibioterapia para as ITS e infecções oportunistas (com o potencial de poderem debilitar ainda mais o sistema imunológico) e conselhos sobre a nutrição e estilo de vida. No entanto, os amagqirha/izangoma insistem que existem remédios tradicionais que podem ser utilizados de forma segura e efectiva para reforçar o sistema imunológico e tratar as ITS, especialmente durante este período. Uma vez que não há evidência de contra-indicação entre os remédios tradicionais e a antibioterapia, não poderiam os amagqirha tais como os participantes do projecto HOPE ser encorajados a utilizar ervas para reforçar a imunidade e tratamentos contra as ITS durante o período de hiato no tratamento? Esta abordagem (mesmo que seja para doentes que preferem a via tradicional) teria a vantagem adicional de proporcionar um espaço exequível para a investigação científica no domínio da eficácia dos remédios usados pelos curandeiros.

21 Como se salientou na nota de rodapé no. 18, a definição de 'cura' no âmbito do HIV/SIDA é contestada, e as atitudes dos trabalhadores de saúde podem ser também influenciadas por alegações de charlatanismo. Contudo, do mesmo modo que os ARVs (embora no estágio mais avançado da doença) actuam para retardar ou inibir a progressão do vírus, também as terapias tradicionais podem reforçar o sistema imunológico. Ambos os paradigmas reforçam, com sucesso, a imunidade – em diferentes estádios da doença. Ambos os paradigmas podem proporcionar o restabelecimento de uma melhor saúde por parte do doente, mas nenhum pode curar. Sugerir algures que a substituição de 'cura' pela expressão 'restabelecer a saúde' evita a confrontação neste campo, contribuindo assim para a cooperação médica (Wreford 2005a: 66).

22 Wreford 2005c: O cap. 2 faz uma exploração exaustiva da 'questão dos antepassados' na prática dos amagqirha/izangoma.

Infelizmente no caso do projecto HOPE, a persistência do preconceito biomédico ameaça já sabotar esta possibilidade. Um igqirha relata que o pessoal de saúde tem estado activamente a dissuadir as pessoas de voltarem a consultar os curandeiros, dizendo-lhes que 'só devem ir à unidade sanitária'. Em relação aos doentes a quem foram receitados ARVs, esta posição poderá parecer explicável, mas para aqueles que não se qualificaram para receber ARVs é injustificada e enfraquece a confiança dos amagqirha no que diz respeito à realidade da colaboração²¹.

Aumentando a eficácia terapêutica 2: Utilizando a etiologia tradicional para reforçar o tratamento

O HIV/SIDA encerra em si, e de forma condensada, as qualidades simbólicas 'mágicas, impenetráveis, incontroláveis [e] sombriamente perigosas' que definem as consequências globais da modernidade, tais como as encaram os Comaroffs (1993). Se se aceitar a sua hipótese, julgo que o HIV/SIDA é também especialmente susceptível ao poder alterativo do ritual. Depois de ter desenvolvido o tema da reciprocidade médica que foi tratado anteriormente, a secção seguinte põe em destaque a etiologia e a prática ritual dos amagqirha/izangoma e sugere que uma incorporação apropriada de ambas poderia ter um impacto significativo nas percepções populares do HIV/SIDA e, por esta razão, no sucesso nas intervenções ao nível do tratamento biomédico.

Apesar do facto das interpretações das doenças conterem uma grande dose de mediação nas estratégias de cura, o projecto HOPE omitiu, em particular, considerações de etiologia por parte dos amagqirha/izangoma. Por exemplo, os amagqirha/izangoma e os seus clientes servem-se habitualmente da autoridade dos espíritos ancestrais para buscarem respostas para as perguntas 'porque eu?', 'porque agora' que normalmente acompanham o aparecimento da doença em África. Esta posição não tem menos efeito no contexto do HIV/SIDA²². Contudo, os amagqirha/izangoma estão equivocados no que diz respeito ao papel dos antepassados na identificação do HIV/SIDA. Um praticante do projecto HOPE confirmou que 'sim, os antepassados realmente reconhecem o SIDA', mas imediatamente moderou o que acabara de dizer, acrescentando que 'as pessoas mais velhas não tinham esta SIDA' Outro exclamou: '[os antepassados] eles morreram muito antes! É uma doença nova! Eles só conheceram outras doenças'.

Esta ambivalência etiológica é particularmente significativa quando se descobre o aparecimento

das ITS e do HIV/SIDA, porque a ambiguidade cria o tipo de lacunas interpretativas popularmente preenchidas pelas noções de poluição, contaminação e do discurso sobre a feitiçaria²³. A infidelidade sexual, por exemplo, pode provocar sentimentos de culpa, mas quando aparecem sintomas²⁴, são também evocados receios de poluição e ameaças de feitiçaria. Tendo estabelecido a ligação entre (má)conduta sexual, poluição e possível feitiçaria, as pessoas, tanto do sexo masculino como feminino, consultam o curandeiro para a contaminação e feitiçaria - o igqirha/izangoma. Embora seja inegável que alguns clientes utilizam a feitiçaria simplesmente como uma máscara atrás da qual escondem o seu estado relativamente ao HIV (Ashforth 2005), no contexto de aceder ao tratamento que é a base do presente livro, as minhas pesquisas propõem uma outra lógica, mais convincente para as reivindicações sobre o que causa o uso da feitiçaria no HIV/SIDA (Wreford 2005a: 72-77). O que está em jogo é a questão da mediação pessoal perante uma doença que transporta consigo a morte. Poderão existir ARVs na África do Sul, mas o diagnóstico do HIV é muitas vezes recebido como uma sentença de morte: Na ausência de cura, o doente sente-se impotente. Por outro lado, recorrer à feitiçaria envolve mediação, porque oferece a possibilidade de mediação visando a cura, a oportunidade de uma acção de empoderamento.

Por exemplo, independentemente da origem da poluição, o primeiro passo essencial para a recuperação da saúde assenta na utilização ritualizada de um remédio para limpar e purificar o corpo (e o espírito) de influências corruptíveis²⁵. No caso de alegada feitiçaria, têm habitualmente lugar purgas severas que naturalmente colocam desafios aos amagqirha do projecto HOPE. Achem que se devem evitar os enemas e os eméticos num doente imuno deprimido²⁶. Por outro lado, o cliente a quem se deu um medicamento menos laxativo (amayeza) pode-se sentir enganado em relação ao tratamento em que confiava para resolver o problema e, assim, passar a duvidar sobre a sua eficácia. Sugiro, agora, uma forma para resolver este aparente beco sem saída. Com base na autoridade dos amagqirha/izangoma como intervenientes na cura da poluição e feitiçaria, proponho que a construção etiológica da feitiçaria como agente causador do HIV/SIDA e os rituais de limpeza como agente da sua transformação possam ser energeticamente empregues no contexto da prática dos amagqirha/izangoma. Estou convencida relativamente a três potenciais desfechos que podem ocorrer em termos da participação voluntária dos que vivem com o

HIV em cerimónias de limpeza adequadamente concebidas: Em primeiro lugar, os indivíduos e famílias vivendo com o HIV poderiam, assim, ser motivados não para uma recuperação física falsa, mas sim em direcção a uma vigorosa cura da angústia emocional provocada pela doença. Em segundo lugar, tais rituais, cuidadosamente executados, contribuiriam imenso para reduzir ao máximo o negativismo pessoal e colectivo do estigma associado ao HIV/SIDA. Finalmente, e se forem tomados em conjunto, estes desfechos reforçariam as possibilidades de um envolvimento mais pró-activo com a doença e o seu tratamento na África do Sul.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Neste capítulo, comecei por sugerir, um tanto ou quanto controversamente, que é pouco razoável que os médicos biomédicos continuem a culpar os amagqirha/izangoma pela sua ignorância médica ou a acusá-los de sabotarem os cuidados de saúde ocidentais, a menos que os próprios médicos estejam dispostos a envolver os curandeiros em acções acordadas de colaboração recíproca. Os profissionais biomédicos terão, sem dúvida, considerado útil o conteúdo 'educativo' do curso HOPE que aqui foi descrito, muito embora as explicações sobre a mediação curadora que se atribui aos antepassados ou as noções de poluição e discurso sobre a feitiçaria tenham sido mais problemáticas. Contudo, espero que no geral o capítulo tenha realçado a urgência em se estabelecer o contacto recíproco entre os curandeiros e a biomedicina nas intervenções do HIV/SIDA.

23 Embora as ideias como a mediação dos antepassados ou o poder da feitiçaria possam parecer anacrónicas aos olhos dos praticantes da medicina ocidental, mergulhados na certeza científica (e na verdade em outros países africanos como o Uganda: Noerine Kaleeba, comunicação pessoal, Nov. 2006), a etiologia da beneficência e da malevolência dos seres vivos ou outros seres terrenos continua a gozar de enorme autoridade nas vidas de muitos sul-africanos. Para a discussão da relação umbilical entre os amagqirha/izangoma e a feitiçaria, veja-se Wreford 2005c: Cap. 3 e 8. Quanto às implicações para o HIV/SIDA, veja-se Wreford 2005a: 68-77.

24 Os sintomas da feitiçaria e a sua etiologia são extraordinariamente semelhantes aos do HIV/SIDA. Para uma maior cobertura das ligações, veja-se Wreford 2005a: 68-74.

25 A acção irritante de algumas substâncias purgativas é pomo de discórdia entre os amagqirha/izangoma e os médicos de formação ocidental, especialmente quando são utilizadas em pessoas com HIV/SIDA. As aplicações agressivas são geralmente administradas por enema ou emético, mas há também métodos mais suaves como os vapores, os fumos, os unguentos e os banhos com mistura de ervas.

26 Olhando para esta questão de uma perspectiva tradicional, alguns curandeiros utilizam a mesma lógica para questionar a eficácia dos ARVs para os clientes imuno deprimidos.

Sou favorável a um compromisso mais respeitoso para com os princípios dos amagqirha/izangoma, na esperança de que este envolvimento contribua para melhores resultados, no futuro, em termos de uma maior disponibilidade de ARVs na África do Sul. Obviamente, os médicos biomédicos poderão beneficiar do recurso humano que os curandeiros representam. Mas argumento que apoiá-los simplesmente em termos dos programas existentes apenas prolonga a comunicação unidireccional que é apanágio das experiências de cooperação 'educativa' e, potencialmente, aliena um poderoso aliado na cura. Sugiro que é mais produtivo e mutuamente benéfico fazer intervir os amagqirha/ izangoma no plano e na implementação do tratamento. Contudo, para atingir este objectivo, é preciso que os médicos desenvolvam relações profissionais com os curandeiros e compreendam melhor a complexidade das escolhas terapêuticas com que os doentes se confrontam. Através destas descobertas recíprocas, os médicos devem começar a compreender que, para muitos dos seus doentes, os métodos e prática tradicionais funcionam realmente e podem ser efectivamente incorporados nas intervenções médicas ocidentais.

Para facilitar tal diálogo, recomendo que os profissionais que definem políticas e os planificadores de projectos prestem atenção ao seguinte:

- 1 Que se definam orientações para intervenções como as do projecto HOPE de modo a facilitar a sua introdução em articulação com as unidades sanitárias públicas nas áreas urbanas e rurais da África do Sul.
- 2 Que se encoraje o pessoal do sector de saúde pública a desenvolver relações profissionais com os amagqirha/izangoma com base na familiaridade recíproca dos conhecimentos que detêm sobre a saúde e a doença²⁷.
- 3 Que a educação médica promova estas iniciativas através da incorporação de módulos que activamente envolvem os amagqirha/izangoma e as suas etiologias²⁸. (Para facilitar esta educação, e sempre que necessário, os alunos deverão familiarizar-se com, pelo menos, uma língua africana da África do Sul).

27 Anderson and Kaleeba 2002 descrevem exemplos bem-sucedidos de tais parcerias no Uganda e Quénia.

28 A autora encontra-se presentemente envolvida nesta iniciativa juntamente com a Unidade de Cuidados de Saúde Primários, Faculdade de Medicina, Hospital Groote Schuur, Universidade de Cape Town.

- 4 Que, em cooperação com os curandeiros, se invistam recursos adicionais na investigação científica sobre a eficácia dos remédios utilizados pelos amagqirha/izangoma, com particular ênfase no 'intervalo sem tratamento'.
- 5 Que, com base na dinâmica de cura das noções de contaminação e do poder da limpeza ritual na prática dos amagqirha/izangoma, os curandeiros, trabalhando em parceria com as unidades de saúde pública, sejam encorajados a desenvolver rituais para contra-atacar a angústia emocional e o estigma associado ao HIV/SIDA.

Estou ciente que seriam necessários recursos consideráveis para a implementação bem-sucedida destas propostas. Contudo, à luz do compromisso assumido pelo Governo relativamente à cura tradicional como vem expresso na Estratégia Ampla de Combate ao HIV/SIDA, e ao apoio dado à possibilidade de 'escolha' no âmbito dos regimes de tratamento do HIV/SIDA na África do Sul, proponho que a assistência política e financeira prestada às recomendações proporcione à administração a oportunidade de demonstrar que genuinamente apoia e encoraja estes propósitos.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE J. WREFORD

- O papel da educação na luta contra o HIV/• Capacidade da medicina tradicional africana de integrar aspectos da biomedicina sem ser absorvida (ou apropriada) por esta.
- Debate sobre se devem ser as instituições médicas a promover a "integração" ou a "colaboração" entre as medicinas, ou se isto deve ser deixado nas mãos das pessoas que, aliás, nas suas práticas quotidianas já integram diferentes medicinas.
- Se bem que as medicinas tradicionais possam ser analisadas como "sistemas médicos", também têm uma componente místico-religiosa importante, inseparável da sua parte médica.

BIBLIOGRAFIA

Almeleh, Colin

2006 *Why do people disclose their HIV status?* Qualitative evidence from a group of activist women in Khayelitsha. CSSR Working Paper no 170. Centre for Social Science and Research. Cape Town: University of Cape Town.

Anderson, Sarah and Noerine Kaleeba

2002 *Ancient Remedies, New Disease: Involving traditional healers in increasing access to AIDS care and prevention in East Africa.* Electronic document, <http://www.unaids.org>

Ashforth, Adam

2002 *An Epidemic of Witchcraft?* The Implications of AIDS for the Post-Apartheid State.

African Studies 61(1): 121-142.

2005 *Witchcraft, Violence and Democracy in South Africa*, Chicago: Chicago University Press.

Beck, Daniel

2004 *Men and ARVs: How does being a man affect access to antiretroviral therapy in South Africa?* An investigation among Xhosa-speaking men in Khayelitsha. CSSR Working Paper No 80. Centre for Social Science Research. Cape Town: University of Cape Town.

Benatar, Dr.Solomon

2001 *South Africa's Transition in a Globalizing World: HIV/AIDS as a Window and a Mirror.* International Affairs 77(2): 347-375.

Beresford, Belinda

2006 *HIV remedy storm.* Mail and Guardian, March 17-23. Johannesburg: M&G Media Ltd.

Comaroff, Jean and John Comaroff

1993 *Introduction. In Modernity and Its Malcontents: Ritual and Power in Postcolonial Africa.* Jean Comaroff and John Comaroff, eds. Pp. xi-xxxvii. Chicago: University of Chicago Press.

Department of Health Republic of South Africa

2006 *Progress Report on Declaration of Commitment on HIV and AIDS* Prepared for the UN General Assembly Special Session on HIV and AIDS, Feb. Electronic document, www.doh.gov.za/search/index/html

Dunkle, Kristin, Rachel K. Jewkes, Heather C.

Brown, Glenda E. Gray, James A. McIntyre,

Sioban D. Harlow

2004 *Gender-based violence, relationship power, and the risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa.* The Lancet 363 May: 1415-1421.

Geffen, Nathan

2005 *Echoes of Lysenko: State-Sponsored*

Pseudo-Science in South Africa.

Social Dynamics 31(2): 183-210.

Herman, Dominique

2006 KZN healer wants claims to be tested, Cape Times, May 26, Cape Town: SA.

Hippler, Rev. Fr. Stefan, Dr. Monika Esser, Dr Joanne Wreford

2006 Bridging Culture - Introducing Partnership. Report. HOPE, Cape Town: S.A.

Leclerc-Madlala, Susanne

2001 *Demonising women in the era of AIDS: On the relationship between cultural constructions of both HIV/AIDS and femininity.* Society in Transition 32(1) 38-46.

2002a *Final Evaluation Report, Traditional Medical Practitioners AIDS Training and Support Programme.* AIDS Foundation: South Africa.

2002b *On the virgin cleansing myth: gendered bodies, AIDS and ethnomedicine.* African Journal of AIDS Research 1: 87-95.

Lederer, Edith

2006 Government accused of 'AIDS denialism' in failing to meet UN treatment goal. Cape Times, May 26. Cape Town: SA.

Letsoalo, Matuma

2006 *Queue another day.* Mail and Guardian Monitor, Sept 22-28, Johannesburg: M&G Media Ltd.

Matthews, Catherine

2005 Reducing Sexual Risk Behaviours: Theory and research, Successes and Challenges. In HIV/AIDS in South Africa. Salim Safurdeen Abdool Karim & Koumboudri Abdool Karim, eds. Cambridge: Cambridge University Press.

Mills, Edward, Brian C. Foster,

Rolf van Heeswijk, Elizabeth Phillips,

Kumanan Wilson, Blai Leonard, Kazuhiro

Kosuge and Isadore Kanfer

2005 *Impact of African herbal medicine on antiretroviral metabolism.* AIDS 19 (1) 95-96.

Moffett, Helen

2006 'These Women, They Force Us to Rape Them': Rape as Narrative of Social Control in Post-Apartheid South Africa. Journal of Southern African Studies 32(1) 129-144.

Moore, Anne, Guillermo Herrera,

Jack Nyamongo, Eve Lackritz, Tim Granade,

Bernard Nahlen, Aggrey Oloo, George

Opondo, Richard Muga, Robert Janssen

2001 *Estimated risk of HIV transmission by blood transfusion in Kenya.* Lancet 358 August : 657-660.

Mthathi, Siphon

2006 *A women's movement to end women's oppression.* Equal Treatment. June. Cape Town: Treatment Action Campaign.

Naimak, Trude Holm

2006 *Antiretroviral treatment in the Western Cape: A success story facilitated by the Global Fund*. CSSR Working Paper No 161. CSSR: University of Cape Town.

Natrass, Nicoli

2004a *The Moral Economy of AIDS in South Africa*, Cambridge: Cambridge University Press.

2004b *Trading-off income and health: AIDS and the disability grant in South Africa*. CSSR Working Paper No 82. Centre for Social Science Research. Cape Town: University of Cape Town.

2005 Rolling out antiretroviral treatment in South Africa: Economic and ethical challenges. In *Ethics and AIDS in Africa: The challenge to our thinking*. Anton van Niekerk and Loretta Kopelman eds. Cape Town: David Phillip Publishers.

Preston-Whyte, Eleanor

1994 *Gender and the lost generation: the dynamics of HIV transmission among black South African teenagers in KwaZulu/Natal*. Health Transition Review Supplement to Vol. 4: 241-255.

Schoepf, Brooke Grundfest

2004 *AIDS, History, and Struggles over Meaning*. In Ezekiel Kalipeni, Susan Craddock, Joseph R Oppong, Jayati Ghosh eds. *HIV and AIDS in Africa: Beyond Epistemology*. Oxford: Blackwell Publishing Ltd.

Susser, Ida and Zena Stein

2000 *Culture, Sexuality and Women's Agency in the Prevention of HIV/AIDS in South Africa*. American Journal of Public Health 90 (7) 1042 -1048.

Tangwa, Godfrey

2005 *The HIV/AIDS pandemic, African traditional values and the search for a vaccine in Africa*. In *Ethics and AIDS in Africa: The challenge to our thinking*. Anton van Niekerk and Loretta Kopelman eds. Cape Town: David Phillip Publishers.

The Traditional Health Practitioners Bill 2003 B66. Government Gazette no 24751. 14 April. CapeTown: South Africa.

Tillotson, Jonathan and Pranitha Maharaj

2001 *Barriers to HIV/AIDS Protective Behaviour among African Adolescent Males in Township Secondary Schools in Durban*. Society in Transition (32)1: 83-100.

World Health Organisation

1978 *Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, Geneva*. Geneva: World Health Organisation.

2006a *AIDS Epidemic Update December*. Geneva: World Health Organisation.

2006b *Unsafe Injections*. Electronic document, www.who.int/injection_safety/about/resources/BackInfoUnsafe/en/

Wreford, Joanne

2005a *Missing Each Other: Problems and Potential for Collaborative Efforts between Biomedicine and Traditional Healers in South Africa in the Time of AIDS*. Social Dynamics 31 (2): 55-89, Centre for African Studies, Cape Town: University of Cape Town.

2005b *Sincedisa We Can Help! A Literature Review of Current Practice Involving Traditional African Healers in Biomedical HIV/AIDS Interventions in South Africa*. Social Dynamics 31 (2): 90-117. Centre for African Studies, Cape Town: University of Cape Town.

2005c *Ukusebenza ne'thongo - Working with spirit: The role of sangoma in contemporary South Africa*, Social Anthropology Thesis, University of Cape Town: South Africa.

2006 *Facilitating Relationships between African Traditional Healing and Western medicine in South Africa in the Time of AIDS: A Case Study from the Western Cape*. CSSR Working Paper no 170. Centre for Social Science and Research. Cape Town: University of Cape Town.

PLURALISMO MÉDICO EM ÁFRICA

Joan Muela Ribera,
PASS-International
Departamento de Antropologia Social e Cultural
Universitat Autònoma de Barcelona

INTRODUÇÃO

Quando se nos coloca o problema do acesso aos centros de saúde — no nosso caso, o acesso das mulheres com HIV/SIDA ou em situação de risco aos centros de atenção pré-natal e a outros serviços biomédicos, — imediatamente surge a pergunta: até que ponto as representações da doença (as crenças) e a medicina tradicional inibem ou limitam o acesso às instituições biomédicas?

Pensa-se que, se as mulheres não vão aos serviços médicos é porque recorrem à medicina tradicional, mas isto, aliás, não explica absolutamente nada. A questão é compreender quando, porquê e para quê que as mulheres utilizam os serviços biomédicos ou os tradicionais; quando, porquê e para quê que os não utilizam; e quando, porquê e para quê que utilizam ambos. Para responder a estas questões, em vez de analisar com detalhe os pontos fracos da medicina tradicional e nos perdermos nela, deveríamos, por exemplo, comparar as características de uma e outra medicina, os seus especialistas e as suas práticas: esta é a perspectiva do pluralismo médico.

No sentido mais amplo, “pluralismo médico” significa não só que distintas representações de saúde e de doença — mas também distintas formas de entender e praticar as artes terapêuticas — coexistem num mesmo espaço geográfico. Em África, como em qualquer outro lugar, o pluralismo médico é uma constante mais que uma excepção, e as pessoas tendem a utilizar de maneira exclusiva, sequencial ou complementar as distintas medicinas a que têm acesso. Por este motivo qualquer estudo que contemple as medicinas em si próprias — como se as suas histórias, desenvolvimentos e qualidades fossem independentes, alheias às interações com outros recursos terapêuticos — será necessariamente incompleto. O pluralismo médico abarca um amplo e variado campo temático que inclui, por exemplo, as relações formais e informais entre instituições biomédicas e medicinas tradicionais, as representações da doença entendidas como conglomerados de elementos de diferente procedência, ou os critérios que entram em jogo quando se trata de escolher uma medicina ou outra.

O objectivo deste capítulo é desenvolver um quadro conceptual para a investigação do pluralismo médico aplicada aos programas de saúde pública. Os exemplos provêm da literatura sobre o acesso aos serviços pré-natais em África e da nossa própria investigação.

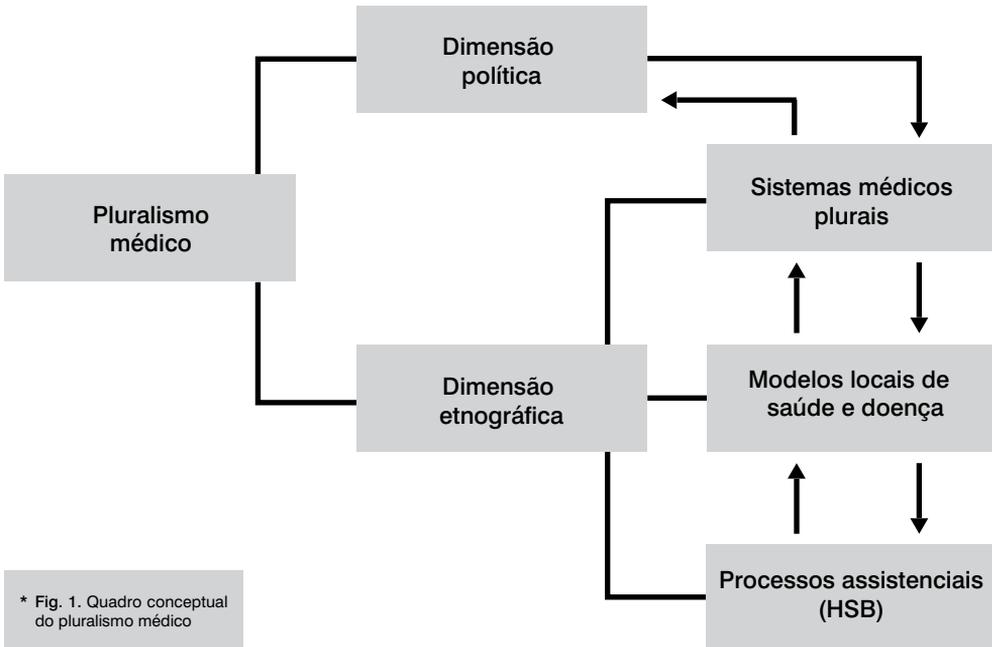
O QUADRO CONCEPTUAL DO PLURALISMO MÉDICO

O pluralismo médico é um campo de investigação muito amplo e com múltiplos aspectos relevantes, mas é preciso frisar, antes de entrar no quadro conceptual que guia este artigo, que o pluralismo médico não deve confundir-se com o pluralismo cultural, embora possa partilhar alguns aspectos com ele. A biomedicina que se pratica em qualquer lugar de África não pode já ser considerada uma medicina vinda de fora ou estrangeira; de facto, tem tantos elementos globais como locais. Do mesmo modo, a medicina tradicional tem vindo a incorporar novos elementos de diferente procedência e tem-se transformado ao longo de sua história, quer seja graças aos terapeutas viajantes, quer por influência da presença de outras medicinas, como a islâmica ou a biomedicina, mas também pela medicina tradicional chinesa ou pela ayurvédica na África Oriental.

Contra a afirmação de que as pessoas preferem as “suas” medicinas locais, diversos autores, como Rekdal (1999) e Katz (1982), mostram precisamente o contrário, isto é, a difundida convicção de que as medicinas “dos outros” — ou as de certos grupos com prestígio de bons terapeutas — são mais eficazes que as próprias. Em todo o caso, determinar se as diferentes medicinas se correspondem com diferentes universos culturais, e se isto é razão para escolher umas ou outras, deveria ser motivo de investigação, não uma hipótese de partida.

Como quadro conceptual, o pluralismo médico tem duas dimensões bem diferenciadas, embora de modo algum devam ser considerados independentemente (Fig. 1):

1 A primeira dimensão é política. São as opiniões elaboradas em termos ideológicos e/ou pragmáticos sobre como as medicinas deveriam coexistir. O discurso político do pluralis-



* Fig. 1. Quadro conceptual do pluralismo médico

mo médico versa sobre quais deveriam ser as medicinas presentes numa determinada comunidade ou país, qual deveria ser o seu estatuto legal — quais deveriam ser excluídas ou proibidas — e como deveriam interagir entre si. Na saúde internacional, a proposta mais influente e melhor elaborada sobre a coexistência e integração de medicinas é o Programa para a Medicina Tradicional (PMT) da Organização Mundial da Saúde (WHO, 1978; 2002)¹.

2. A segunda dimensão é etnográfica. Nesta perspectiva, estuda-se como diferentes modelos de saúde e doença, práticas médicas e medicinas coexistem de facto, numa determinada área

geográfica. Engloba o sistema médico plural, as representações da doença e os modelos de terapia, bem como o uso das diferentes medicinas por parte da população. Estes três campos de estudo etnográfico (sistemas médicos plurais, modelos locais de saúde e doença e processos assistenciais) são indissociavelmente interdependentes.

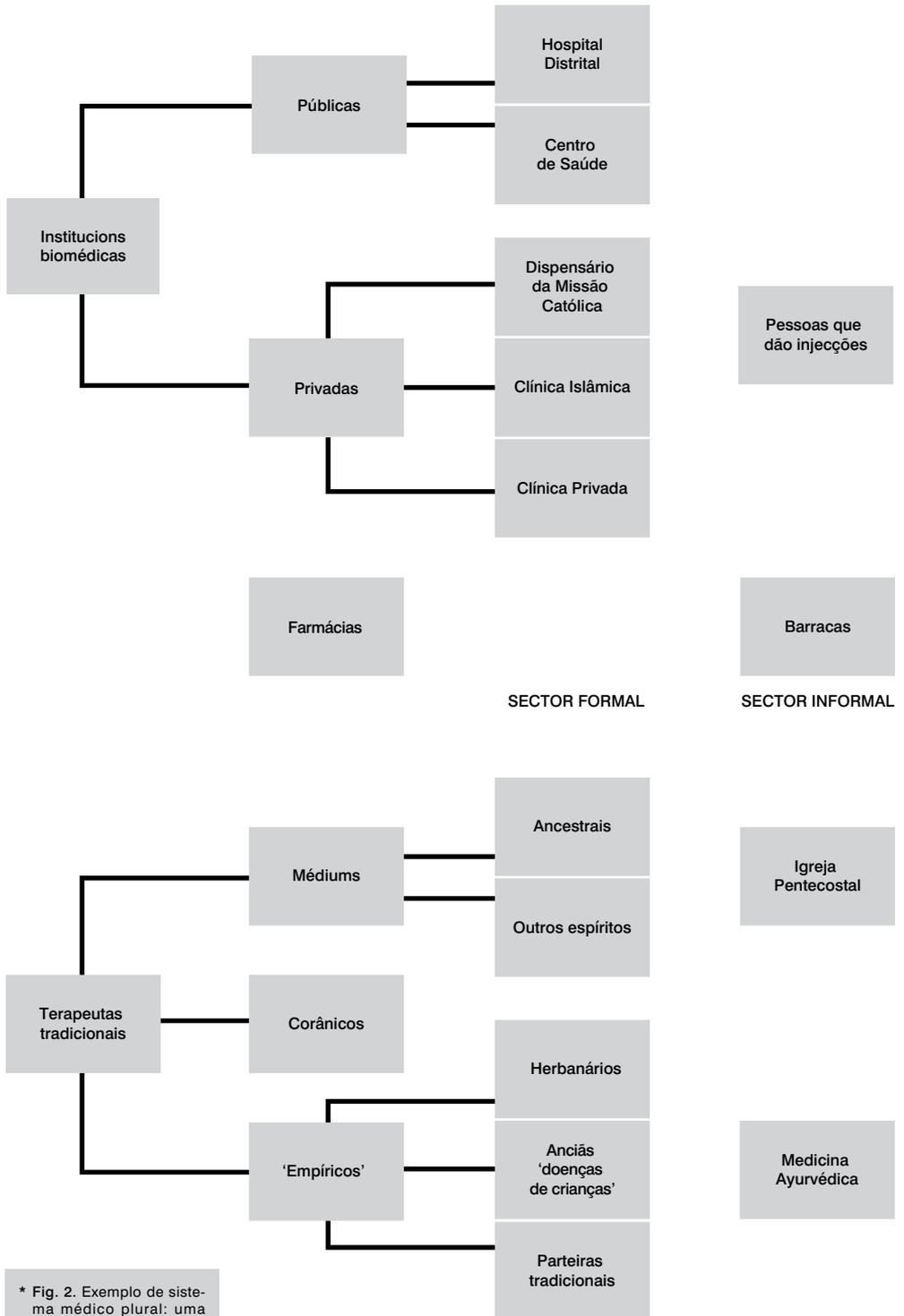
Se o problema é o uso das medicinas e o acesso aos recursos biomédicos — questões clássicas dos processos assistenciais, — este será o ponto de partida: sob esta perspectiva analisaremos os sistemas médicos plurais, as características das medicinas que os configuram e as representações da doença.

SISTEMAS MÉDICOS PLURAIS

Há alguns anos atrás, Dunn (1976:134) definia “sistema médico”² como o conjunto organizado de instituições sociais e tradições culturais que se foram constituindo a partir de condutas preventivas ou terapêuticas deliberadamente dirigidas para manter ou alcançar a saúde. Instituições não médicas, como as igrejas, fazem parte dos sistemas médicos se, por exemplo, praticam exorcismos para expulsar demónios que causam doença ou loucura; ao contrário, proibições ou prescrições dietéticas ou hábitos de comportamento, embora sejam saudáveis, permanecem excluídos do campo médico se a sua finalidade for só religiosa ou estética.

1 As estratégias promovidas pela OMS são de três tipos: (1) a integração que poderíamos denominar “sincrética”, que supõe a formação de um novo sistema de saúde, síntese entre biomedicina e as medicinas tradicionais, organizado com critérios científicos (este é o sentido de “integração” no texto de 1978); (2) a colaboração ou cooperação, em que as medicinas coexistentes permanecem autónomas mas remetem-se doentes mutuamente quando consideram que a outra medicina os pode tratar melhor; e (3) a participação de médicos tradicionais no sistema de saúde pública como agentes comunitários de saúde.

2 O conceito de “sistema” é interessante porque se refere às interações entre medicinas e as posiciona no seu contexto ecológico, social e político. De modo algum deve ser entendido no sentido de sistema fechado, auto-regulado, estático, com limites bem estabelecidos, etc., deve antes ser interpretado como sistema aberto e em constante redefinição como consequência dos processos históricos.



* Fig. 2. Exemplo de sistema médico plural: uma comunidade semi-urbana da África Oriental

Todos os sistemas médicos ou medicinas co-existent em uma determinada sociedade constituem o sistema médico dessa sociedade (Field, 1976). Este sistema inclui as ideias, as práticas, as instituições e os diversos especialistas das diversas tradições médicas, e também o sacerdote exorcista, o vendedor da barraca que fornece medicação junto com produtos de cosmética e outros bens de consumo ou o adivinho ambulante que, entre outros augúrios, vaticina o estado de saúde de seus clientes. A este todo médico plural, vinculado a uma sociedade ou território, Leslie (1976) denominou-o “sistema médico plural”; Kleinman (1980), “Health Care System”, e Press (1980), “configuração médica multi-sistêmica” ou “configuração médica plural”.

A estrutura interna dos sistemas médicos plurais varia de sociedade para sociedade, não só pelas medicinas que os integram, mas também pelas diferenças entre, por exemplo, a biomedicina em diferentes países em termos de organização, cobertura, custos (gratuidade ou participação), protocolos, etc. A constituição ou a estruturação do sistema médico plural é um processo histórico e sócio-político determinado pelas alianças e conflitos entre medicinas, as políticas de saúde e as estratégias para atrair clientes, tanto da biomedicina como da medicina tradicional. Neste processo foram-se configurando a posição social das medicinas — em termos, sobretudo, de prestígio —, suas características distintivas, seu estatuto legal e seus espaços terapêuticos — quer dizer, para que doenças se consideram eficazes. Quando analisamos o sistema médico plural de uma comunidade consideraremos as seguintes questões:

- 1 As medicinas que o constituem e a sua distribuição geográfica
- 2 As relações históricas entre as medicinas
- 3 Que medicinas se consideram úteis ou eficazes para tratar determinadas doenças ou aspectos de uma doença
- 4 A aceitabilidade e legitimidade (social e oficial) das medicinas, incluindo o estado legal da medicina tradicional e o papel das associações de medicina tradicional, se as houver³

No entanto, embora o uso de plantas medicinais durante a gravidez seja muito frequente (Varga et al., 1997) e as parteiras tradicionais (traditional birth attendant, TBA) desempenhem um importante papel tanto nas fases de gestação como no parto e no pós-parto (Helman, 2001), isto não se deve unicamente à escassa disponibilidade de recursos biomédicos (Varga et al., 1997) nem inibe a utilização dos serviços pré-natais. A tendência é compartilhar biomedicina e medicina tradicional; até porque, onde as mulheres preferem o parto tradicional, nem por isso dispensam os cuidados pré-natais se lhes forem acessíveis.

5 A estrutura e a cultura institucional das medicinas, incluindo as instituições biomédicas⁴, bem como as características das medicinas que constituem o sistema médico plural.

CARACTERÍSTICAS DAS MEDICINAS

O conjunto do sistema médico plural constitui, em termos de mercado, a oferta médica existente na comunidade estudada, mas o estudo dos processos assistenciais concentra-se na procura. Um erro muito comum entre os promotores de saúde consiste em achar que a oferta biomédica é, por definição, superior à da medicina tradicional, sem ter em conta nem os critérios locais de aceitação e eficácia nem as condições reais da prática biomédica, incluindo o contexto estrutural, político e económico que a condiciona.

As características das medicinas jogam um papel primordial para compreender tanto a aceitação de cada uma delas por parte da comunidade como o seu uso real. Consideraremos, por exemplo, os custos comparados dos tratamentos, incluindo custos directos (médicos e não médicos) e indirectos; a forma de pagamento (em dinheiro, em espécie ou com trabalho); o tempo de espera; a distância e outros factores relacionados com a acessibilidade física; o carisma dos especialistas; e a confiança, a eficácia percebida e a satisfação com as diferentes medicinas na comunidade, para citar apenas algumas características relevantes.

3 A diferença entre a legitimidade social e a oficial é importante, porque alguns médicos tradicionais podem procurar a colaboração com instituições biomédicas para ganhar um prestígio social que não têm (Fassin & Fassin, 1998).

4 Veja-se o capítulo de Cristiano Matsinhe sobre a cultura institucional da biomedicina em Moçambique e os presumíveis obstáculos para o acesso à saúde.

Uma ideia muito frequente é que as medicinas tradicionais, em contraste com as instituições biomédicas, têm características que as tornam especialmente atraentes para a população. A imagem estereotipada é a de uma medicina tradicional que compartilha valores sociais, crenças e a maneira de ver o mundo com seus doentes, que considera o ser humano sob uma perspectiva holística, que se preocupa e trata a “doença-experiência” (illness) ou componente emocional da doença e que conhece o contexto social do doente, em contraste com os profissionais biomédicos, social e culturalmente distantes dos seus doentes e centrados na patologia orgânica (disease)⁵. Há de tudo e não deveríamos generalizar, mas é nos cuidados pré-natais e, sobretudo, no parto, onde estes estereótipos se aproximam mais da realidade.

No entanto, embora o uso de plantas medicinais durante a gravidez seja muito frequente (Varga et al., 1997) e as parteiras tradicionais (traditional birth attendant, TBA) desempenhem um importante papel tanto nas fases de gestação como no parto e no pós-parto (Helman, 2001), isto não se deve unicamente à escassa disponibilidade de recursos biomédicos (Varga et al., 1997) nem inibe a utilização dos serviços pré-natais. A tendência é compartilhar biomedicina e medicina tradicional; até porque, onde as mulheres preferem o parto tradicional, nem por isso dispensam os cuidados pré-natais se lhes forem acessíveis.

Quais são, então, os obstáculos? Na literatura sobre acesso aos serviços pré-natais em África mencionam-se a distância, a falta de transporte, a ausência de privacidade e os custos (ainda que a atenção médica seja gratuita, há que ter em conta o transporte)⁶. A própria estrutura dos serviços pré-natais pode inibir o seu uso. Por exemplo, num estudo realizado em Burkina Faso, Peeters et al. (2006, relatório interno) verificaram que, sendo as unidades de cuidados pré-natais espaços públicos — lugares de encontro onde os rumores circulam com uma certa facilidade, — as mulheres com gravidezes não desejadas ou não aceites socialmente — entre elas, as portadoras do HIV — evitavam ir aos controlos de gravidez. Outro factor chave é a conduta dos profissionais da saúde; as queixas mais frequentes neste sentido incluem negligência, maus tratos verbais, e às vezes físicos, e a humilhação da doente (Pires et al., 2002). O estigma do SIDA pode aumentar o medo das mulheres de serem humilhadas e maltratadas (um risco muito real) e, em consequência, pode

afastá-las dos serviços pré-natais. É muito importante, portanto, conhecer a sua percepção dos serviços oferecidos nas clínicas pré-natais, em particular os relacionados com o controle de doenças infecciosas (HIV/SIDA e doenças de transmissão sexual), porque em função de como estejam desenhados e de como funcionam podem inibir ou facilitar o acesso aos cuidados pré-natais.

REPRESENTAÇÕES DA DOENÇA E PLURALISMO MÉDICO

Junto com as características das medicinas, as representações da doença em contextos de pluralismo médico são um elemento chave para compreender o uso dos diferentes recursos terapêuticos por parte da população. As representações da doença incluem os modelos de causalidade, de transmissão ou contágio, de risco, de susceptibilidade perante a doença (quem a contrai com mais facilidade e quando), de protecção, de gravidade, os esquemas de sintomas⁷, etc. Estão em relação com as representações do corpo, com os modelos de terapia e, em última instância, com as ideias de normalidade e anormalidade, com certos valores morais e com o conjunto da cosmovisão.

Uma questão já clássica é como se integram nos modelos locais as mensagens de saúde e como isto afecta as práticas. As possibilidades lógicas são várias: a gente pode simplesmente conhecer os conceitos biomédicos mas não acreditar neles⁸, ou pode interpretá-los mal ou reinterpretá-los; os conceitos biomédicos podem substituir termos e conceitos locais, coexistir em paralelo⁹ com eles ou mesmo articular-se sincreticamente com saberes prévios. Em qualquer comunidade encontraremos diferentes formas sob as quais se manifesta o pluralismo das ideias.

5 Diferentes autores, como Velimirovic (1990) e Waxler-Morrison (1988), criticaram este estereótipo com bons contra-exemplos.

6 Ndyomugenyi et al. (1998); Schultz et al. (1994); Magadi et al. (2000); Matéria et al. (1993); Okonofua et al. (1992); Telfer et al. (2002); WHO, (1998). Veja-se também o capítulo de Elsa Jacinto, em particular a parte dedicada a “as três demoras” e o papel das parteiras tradicionais na saúde reprodutiva.

7 Veja-se também os modelos explicativos de Kleinman (1980).

8 Sabe-se que os entrevistados muitas vezes repetem nos questionários as mensagens de saúde e respondem, assim, o que supõem que o entrevistador espera escutar. Por isso os questionários não reflectem necessariamente o conhecimento nem as convicções da população (Yoder, 1997).

9 Diferentes explicações da doença, mesmo que pareçam contraditórias, podem utilizar-se para dar-lhes sentido em contextos diferentes (Staiton Rogers, 1991).

Uma questão muito importante, mas que com frequência passa despercebida, é que os profissionais da saúde também reinterpretem a informação biomédica (obviamente, mais profunda e completa que a dos seus concidadãos não especializados) a partir dos seus modelos culturais e dos seus sistemas de valores sociais. Por exemplo, a teoria biomédica da infecção com frequência se impregna de ideias relativas à poluição ou contaminação mística, muito estigmatizante, o que tem efeitos negativos tanto para a relação com os doentes — e muito em particular com aqueles afectados pelo HIV/SIDA¹⁰ — como para as mensagens de saúde que se difundem¹¹. Quando estudamos as representações locais da doença, deveríamos incluir sempre uma amostra dos profissionais de saúde.

Possivelmente a forma mais interessante de pluralismo das ideias seja o sincretismo. “Sincretismo” é um termo técnico largamente utilizado no estudo das religiões para definir a mudança nos modelos populares como resultado da combinação ou articulação de elementos procedentes de diferentes tradições religiosas, mas que resulta muito útil para analisar os efeitos das mensagens de saúde nos modelos locais de doença e terapia (Hausmann-Muela et al., 1998; 2002). A ideia básica é que as pessoas absorvem e reinterpretem dinamicamente a informação biomédica emitida nos meios de comunicação, nas escolas, nas consultas, etc., sempre a partir de seus esquemas culturais de representação e prática. O produto é uma nova síntese¹² que lhes permite interpretar a doença e a enfrentar com mais sentido que os modelos exclusivamente biomédicos.

Quando trabalhamos com modelos de processos assistenciais é muito importante ter em conta que o acesso dificilmente se explica por um único factor. O peso, bem como o impacto dos factores, devem ser entendidos em relação uns com os outros e num determinado contexto. Assim, por exemplo, embora uma doença se considere grave, a acção será muito diferente se se souber que há recursos terapêuticos no centro de saúde ou que não os há.

Obviamente, os sincretismos afectam uma ampla variedade de temáticas e de uma maneira muito diferente. A susceptibilidade percebida perante a infecção, por exemplo, costuma explicar-se pelos comportamentos (não utilizar preservativo ou ser “promíscuo”), mas também em termos de “força ou debilidade do sangue” incluindo todos aqueles factores que contribuem para fortalecer ou debilitar, tais como a alimentação, o estado emocional, etc. (Hausmann-Muela et al., 2002). Contudo, as formas sincréticas mais relevantes — porque determinam percursos terapêuticos claramente duais — são as que articulam conceitos biomédicos com bruxaria ou espíritos: aqui a “ponte” que permite o sincretismo é a lógica do duplo nível de causalidade.

Numa obra clássica em antropologia, Evans-Pritchard (1976 [1937]) dizia, por exemplo, que os Azande sabem perfeitamente que as térmitas podem carcomir os suportes de madeira de um celeiro até o fazer cair, mas se alguém morre esmagado por esse celeiro quando está a descansar à sua sombra, atribuirão a sua morte à bruxaria. A acção das térmitas explica o como, enquanto a bruxaria explica o porquê de sua morte. Um exemplo similar, mas que integra conceitos procedentes da biomedicina com a lógica da bruxaria, é nos apresentado por Gluckman (1976), que conta que o filho de um professor africa-

no — um homem instruído — morreu de tifo; o professor afirmava que era bruxaria, e quando uma socióloga lhe replicou argumentando que se tratava de uma morte natural, o professor respondeu: “Já sei que foi um piolho procedente de uma pessoa doente de tifo o que transmitiu o tifo ao meu filho, e que ele morreu da dita doença. Mas por que foi o piolho saltar para o meu filho e não para os outros meninos com quem estava a brincar?”. De acordo com o princípio da dupla causalidade, as térmitas e o tifo são a causa natural mas secundária; a bruxaria é a causa primeira e a socialmente relevante.

Nas representações locais da doença, os modos de interacção entre os conceitos (etiologias e mecanismos de contágio) procedentes da biomedicina e da bruxaria são variados. Da literatura

10 Manifesta-se, por exemplo, com a aversão a dar a mão a uma pessoa seropositiva, pela ideia de conspurcação, ou com o trato discriminatório causado pelo ónus moral da doença.

11 Em particular, a informação errónea sobre as formas de contágio e o uso de medidas preventivas.

12 Os modelos sincréticos são abertos e estão em constante transformação. De facto, toda a cultura é sincrética ou “mestiça”, como apresenta Amselle (1990): misturas de misturas precedentes que se perdem na história.

e do nosso próprio trabalho de campo recolhemos os seguintes: (1) Os bruxos podem enviar os vectores que transmitem a doença (piolhos, mosquitos, etc.), contaminar a água ou a comida, etc.; (2) os bruxos podem induzir a suas vítimas a adoptar comportamentos de risco (estas “esquecem-se” de pôr o preservativo, dormir com rede mosquiteira, etc.); (3) os bruxos podem ocultar ou camuflar a doença, fazendo com que as provas médicas apareçam normais apesar da pessoa estar doente, ou mesmo impedir que o tratamento funcione; (4) os bruxos podem provocar doenças falsas, que imitam exactamente a sintomatologia do paludismo, do cancro, do SIDA, etc., mas que não se podem tratar com fármacos.

Isto não é simples curiosidade etnográfica, e tem importantes envolvimento para a epidemiologia e a saúde pública:

1. Um bom conhecimento da doença não é incompatível nem contraditório com uma cosmovisão que inclui a bruxaria e o mundo dos espíritos
2. As lógicas da imitação e do duplo nível da causalidade explicam em boa medida o uso sequencial ou complementar da biomedicina e da medicina tradicional

PROCESSOS ASSISTENCIAIS

O campo de estudo dos processos assistenciais são os comportamentos perante a doença, seja para preveni-la ou para tratá-la no âmbito doméstico ou no especializado e considera tanto os factores que incidem nos comportamentos de saúde como os processos e contextos (ecológico, sócio-cultural e político) em que estão inseridos.

A lógica do duplo nível da causalidade permite explicar, em boa medida, os itinerários terapêuticos múltiplos e, em particular, por que é que os pacientes vão à medicina tradicional após terem sido diagnosticados e/ou tratados num centro médico, uma prática nada excepcional, também entre os doentes diagnosticados de HIV/SIDA. De todos os modos, esta lógica não exclui ou-

tras explicações, como a busca desesperada de uma solução¹³, o pragmatismo¹⁴ ou a falta de meios nos centros de saúde. Em relação a este último cabe sublinhar que não são só as crenças nem os benefícios das terapias tradicionais, mas também as carências da biomedicina e a falta de vontade política para alcançar melhorias substanciais no acesso global aos medicamentos, que conduzem, sem possibilidade de escolha, à medicina tradicional.

As representações da doença permitem-nos compreender para que doenças se recorre a uma

medicina ou a outra, ou por que é que muita gente recorre a ambas. Determinadas características das medicinas podem explicar que a população — no nosso caso, as mulheres grávidas contagiadas pelo HIV ou que suspeitam que o possam estar — seja reticente a utilizá-las como sucede, por exemplo, com o trato dos profissionais da saúde ou o medo dos rumores; outras podem limitar o acesso aos serviços, mesmo que os doentes desejem ir a eles como sucede, por exemplo, por causa da distância ou dos custos. As características das medicinas e a interpretação da doença fazem parte de todos os modelos de processos assistenciais¹⁵, mas há outros factores em jogo.

Os modelos de processos assistenciais provêm da psicologia social, da geografia, da sociologia e da antropologia médica. Normalmente, traba-

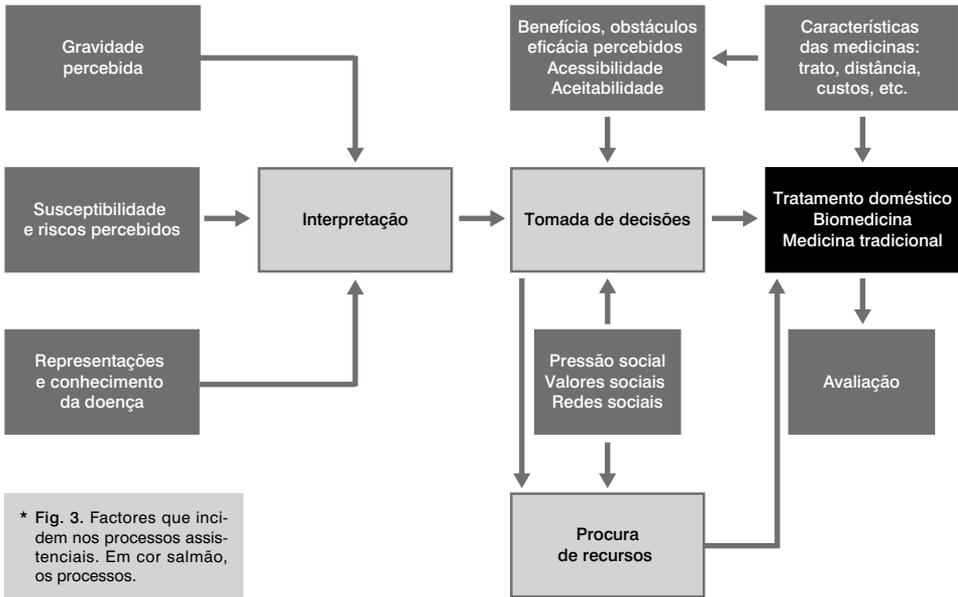
lhamos com adaptações que incluem e juntam elementos de diferentes modelos. É importante ter em conta que, sendo modelos centrados

O pluralismo médico é um quadro conceptual que permite ir para além das “crenças” e das medicinas tradicionais descontextualizadas: convida a pensar em termos de relações e inclui como objecto de estudo os recursos médicos presentes na comunidade, as representações da doença e o uso que a população faz desses recursos. Como quadro conceptual, permite sistematizar e ordenar uma ampla gama de factores, o que favorece a análise de problemas e de realidades complexas num período de tempo relativamente curto, adaptado à duração do projecto.

13 Perante problemas sem solução, perante a dor que não cessa, perante a dúvida, o pluralismo médico oferece sempre uma esperança após cada insucesso (Benoist, 1996).

14 O pragmatismo pode ser de dois tipos: (1) quando a biomedicina e as medicinas tradicionais se utilizam para tratar aspectos diferentes da doença “porque funcionam”; e (2) quando a mudança de uma medicina para outra se deve a razões práticas materiais (por exemplo, os custos) ou emocionais (por exemplo, o trato).

15 Veja-se Conner & Norman (1995) e Hausmann-Muela, Muela & Nyamongo (2003).



na acção e nos factores que a condicionam, uns autores põem ênfase na agentividade — a capacidade das pessoas de decidir sobre as suas acções — e outros nos contextos estruturais da acção — tendo em conta a estrutura ideológico-cultural¹⁶ e sociopolítica, e não apenas a material. Seria errado pensar numa determinação estrutural absoluta para acreditar que a força de vontade e o saber fazer permitem ultrapassar qualquer obstáculo. O que precisamos é compreender (1) tanto os obstáculos estruturais à acção¹⁷ como as estratégias activadas, com ou sem sucesso, para os superar; e (2) os grupos particularmente vulneráveis. Um destes grupos é constituído pelas adolescentes grávidas; uma série de estudos realizados na Nigéria (Okonofua et al., 1992), Kenia (Magadi et al., 2000) e Uganda (Mbonye et al., 2005) mostram que as adolescentes e as mulheres grávidas solteiras são as que menos procuram os serviços pré-natais.

O modelo que apresento a seguir inclui factores do Health Belief Model, do modelo processual de Good, do modelo socio-comportamental de Andersen e da teoria do comportamento planificado de Ajzen:

16 Por exemplo, a capacidade de agir (agentividade) depende, entre muitos outros factores, da percepção que de si próprias têm as mulheres (Ana Loforte).

17 O capítulo de Kalipeni, Ghosh & Valhmu apresenta um quadro conceptual complexo mas claro que permite organizar os factores que contribuem para a vulnerabilidade ao HIV/SIDA, incluindo os limites estruturais dos cuidados de saúde.

Quando trabalhamos com modelos de processos assistenciais é muito importante ter em conta que o acesso dificilmente se explica por um único factor. O peso, bem como o impacto dos factores, devem ser entendidos em relação uns com os outros e num determinado contexto. Assim, por exemplo, embora uma doença se considere grave, a acção será muito diferente se se souber que há recursos terapêuticos no centro de saúde ou que não os há; a distância é um obstáculo maior em épocas de máximo trabalho; os benefícios percebidos devem entender-se em relação com os obstáculos percebidos — os custos do tratamento ou o estigma do diagnóstico se o resultado for HIV—, etc.

Devemos ter em conta também que a percepção da eficácia dos medicamentos, por exemplo, em princípio não exclui a convicção de que outras acções terapêuticas — sejam tradicionais, neotradicionais ou novas modas— são igualmente eficazes, como mostra (dramaticamente) a prática de manter relações sexuais com virgens.

Não nos podemos deter em todos os factores em jogo, mas as redes sociais, os valores e a pressão social merecem que lhes dediquemos umas linhas. O estigma que sofrem as pessoas afectadas com HIV e as ideologias de género, que impregnam tanto a tomada de decisões como o acesso desigual aos recursos económicos e terapêuticos, fazem parte dos valores sociais. O apoio da rede social é fundamental para o acesso aos serviços pré-natais. Distinguiremos (1) as

peças que aconselham, participam em rituais onde os há, acompanham as mulheres aos serviços pré-natais, etc. (costumam ser mulheres); (2) as que pagam os custos directos e indirectos dos serviços biomédicos; e (3) a pressão dos pares, por exemplo no caso de adolescentes que solicitam aos outros adolescentes para ir a clínicas de doenças de transmissão sexual.

Uma vez que a gravidez é um assunto familiar, os processos assistenciais devem entender-se no contexto da organização social da procriação e das ideologias de género e de parentesco¹⁸: é importante saber quem decide onde ir quando a mulher está grávida e quando se suspeita que pode estar contagiada pelo HIV, saber como se tomam as decisões, conhecer os mecanismos que se utilizam para forçar as mulheres a que os sigam e saber se elas activam estratégias para resistir à pressão social. Também é importante conhecer as razões da falta de apoio social, como a existência de unidades domésticas pequenas e pobres, a ausência de pessoas relevantes, o desinteresse dos maridos, o estigma, etc.¹⁹

RECOMENDAÇÕES

O pluralismo médico é um quadro conceptual que permite ir para além das “crenças” e das medicinas tradicionais descontextualizadas: convida a pensar em termos de relações e inclui como objecto de estudo os recursos médicos presentes na comunidade, as representações da doença e o uso que a população faz desses recursos. Como quadro conceptual, permite sistematizar e ordenar uma ampla gama de factores, o que favorece a análise²⁰ de problemas e de realidades complexas num período de tempo relativamente curto, adaptado à duração do projecto.

Ainda que neste capítulo me tenha centrado nas medicinas tradicionais, os programas que incluem a perspectiva do pluralismo médico não só devem ter em conta possíveis colaborações com a medicina tradicional,²¹ mas também a participação comunitária na gestão da saúde.²²

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE J. MUELA

- É necessário exercer um controlo sobre a qualidade das medicinas tradicionais e o papel que as associações de curandeiros podem ter na regulação da medicina tradicional, com critérios que não venham apenas da ciência.
- Questão: os curandeiros tradicionais deveriam estar qualificados para administrar medicamentos em situações de emergência e perante a impossibilidade de transferir os seus doentes para um centro de saúde?

18 Veja-se o capítulo de Ana Loforte.

19 Telfer et al. (2002).

20 Objectivos claros, quadro conceptual sólido e desenho metodológico adequado à problemática que estudamos são as chaves para uma boa investigação. Veja-se o capítulo sobre metodologia da investigação de Iqbal Shah.

21 Veja-se o capítulo de Jo Wreford sobre a colaboração entre medicina tradicional e instituições biomédicas.

22 O caso da organização TASO do Uganda é um bom exemplo deste tipo de participação e de protagonismo comunitário a que me refiro (veja-se o capítulo de Noerine Kaleeba).

REFERÊNCIAS

Amselle, J.L.

1990 *Logiques métisses. Anthropologie de l'identité en Afrique et ailleurs*. Paris: Payot.

Boisto, J. (ed.)

1996 *Soigner au pluriel. Essais sur le pluralisme médical*. Paris: Karthala.

Conner, M. & Norman, P. (eds.)

1995 *Predicting Health Behaviour*. Buckingham: Open University Press.

Dunn, F.

1976 *Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems*, en Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.

Evans-Pritchard, E.E.

1976 *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Barcelona: Anagrama.

Fassin, D. & Fassin, E.

1988 *Traditional medicine and the stakes of legitimation in Senegal*. *Social Science and Medicine*, 27(4): 353-357.

Field, M.

1976 *The modern medical system: The Soviet variant*. En Leslie, C. (ed.) *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.

Gluckman, M.

1976 *La lógica de la ciencia y la brujería africanas*, en Llobera, J.R., (ed.) *Ciencia y brujería*. Barcelona: Anagrama.

Hausmann-Muela, S., Muela Ribera,

J. & Tanner, M.

1998 *Fake malaria and hidden parasites – The ambiguity of malaria*. *Anthropology and Medicine*, 5(1):43-61.

Hausmann-Muela, S., Muela Ribera,

J., Mushi, A.K. & Tanner, M.

2002 *Medical syncretism with reference to malaria in a Tanzanian community*. *Social Science & Medicine*, 55:403-413.

Hausmann-Muela, S., Muela

Ribera, J. & Nyamongo, I.

2003 *Health-Seeking Behaviour and the Health System Response*, DCCP (Disease Control Priorities Project), DCCP Working Papers Series. <http://www.fic.nih.gov/dccp/wps.html>.

Helman, C.

2001 *Culture, Health and Illness*. London: Arnold Publishers.

Katz, R.

1982 *Boiling Energy. Community Healing Among the Kalahari Kung*. Harvard University Press

Kleinman, A.

1980 *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley: University of California Press.

Leslie, C. (ed.)

1976 *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. Berkeley: University of California Press.

Magadi, M.A., Madise, N.J.,

and Rodrigues, R.N.

2000 *Frequency and timing of antenatal care in Kenya: explaining the variations between women of different communities*. *Social Science and Medicine* 51: 551-561.

Materia, E., Mehari, W., Mele, A., Rosmini,

F., Stazi, M.A., Damen, H.M., Basile, G.,

Miuccio, G., Ferrigno, L., and Miozzo, A.

1993 *A community survey on maternal and child health service utilization in rural Ethiopia*. *European Journal of Epidemiology* 9: 511-516.

Mbonye, A. K., Neema, S. and Magnusen, P.

2005 *Preventing malaria in pregnancy: a study of perceptions and policy implications in Mukono district, Uganda*. *Health Policy and Planning* 21: 17-26.

Ndyomugenyi, R., Neema,

S. and Magnussen, O.

1998 *The use of formal and informal services for antenatal care and malaria treatment in rural Uganda*. *Health Policy and Planning* 13: 94-102.

Okonofua, F. E., Feyisetan,

B. J., Davies-Adetugbo, A. and Sanusi, Y. O.

1992 *Influence of socio-economic factors on the treatment and prevention of malaria in pregnant and non-pregnant adolescent girls in Nigeria*. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 95: 309-315.

Pires Lucas d'Oliveira, A.F., Grilo Diniz,

S. and Blima Schraiber, L.B.

2002 *Violence against women in health-care institutions: An emerging problem*. *The Lancet*, 359(9318): 1681-1685.

Press, I.

1980 *Problems in the definition and classification of medical systems*. *Social Science and Medicine*, 14B:45-57.

Ribdal, O.B.

1999 *Cross-cultural healing in East African ethnography*. *Medical Anthropology Quarterly* 13(4): 458-482.

Schultz, L.J., Steketee, R.W., Chitsulo, L.,

Macheso, A., Nyasulu, Y., and Ettling, M.

1994 *Malaria and childbearing women in Malawi: knowledge, attitudes and practices*. *Tropical Medical Parasitology* 45: 65-69.

Staiton Rogers, W.

1991 *Explaining health and illness*.

An exploration of diversity, London:
Harvester Wheatsheaf.

Telfer, M.L., Rowley, J.T. and Walraven, G.E.L.

2002 *Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia*. African Journal of Reproductive Health, 6(1): 74-83.

Varga, C. A. and Veale, J. H.

1997 *Isihlambezo: Utilization patterns and potential health effects of pregnancy-related traditional herbal medicine*. Social Science and Medicine 44: 911-924.

Velimirovic, B.

1990 *Is integration of traditional and western medicine possible?* en: Coreil, J. and Mull, J.D. (eds). Anthropology and Primary Health Care. Oxford: Westview Press.

Waxler-Morrison, N.

1988 *Plural medicine in Sri Lanka: Do ayurvedic and western medical practices differ?* Social Science and Medicine, 27(5): 531-544.

World Health Organization

1978 *The promotion and development of traditional medicine*. Geneva: WHO.

World Health Organization

2002 *Estratégia da OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. Geneva: WHO

World Health Organization and UNICEF

2004 *Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities*. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund.

Yoder, P.S.

1997 *Negotiating relevance: belief, knowledge and practice in international health projects*. Medical Anthropology Quarterly, 11(2):131-146.

FALANDO DAS NECESSIDADES EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: A UTILIZAÇÃO APROPRIADA E OPORTUNA DOS MÉTODOS DE PESQUISA QUALITATIVA

Iqbal H. Shah,
Departamento de Saúde Reprodutiva e Investigação
Organização Mundial de Saúde

Nota: Os pontos de vista expressos neste capítulo são os do autor e poderão não reflectir necessariamente os pontos de vista da Organização Mundial de Saúde (OMS).

INTRODUÇÃO

Desde o início dos anos 80, a pandemia do HIV tem causado uma grande percentagem de mortes e sofrimento. A África Subsaariana continua a carregar o fardo da epidemia global. Em 2006, 63 por cento (24.7 milhões) dos 39.5 milhões de pessoas infectadas pelo HIV a nível global viviam na África Subsaariana (UNAIDS e OMS, 2006). Dos 4.3 milhões de pessoas recentemente infectadas pelo HIV em 2006, 2.8 milhões viviam na África Subsaariana: mais do que a soma de todas as outras regiões do mundo. Em 2006, 72 por cento (2.1 milhões) do total das mortes por SIDA (2.9 milhões) ocorreram na África Subsaariana. As mulheres desta região carregam o maior fardo do HIV/SIDA; são mais susceptíveis de serem infectadas pelo HIV do que os homens e são também mais susceptíveis de serem quem cuida dos que vivem com o HIV. Em todas as idades, 59 por cento (17.7 milhões) das pessoas vivendo com o HIV na África Subsaariana em 2006 são mulheres, um aumento de mais de um milhão desde 2004. Para cada 10 adultos do sexo masculino vivendo com o HIV na região, existem cerca de 14 adultos do sexo feminino com o HIV positivo.

Apesar dos esforços empreendidos para conter a situação, o número de pessoas infectadas pelo HIV, o número de novas infecções e o número anual de mortes por SIDA continua a crescer. A resposta global à pandemia em termos de apoio financeiro e profissional tem sido impressionante. Cumulativamente, recursos significativos têm sido canalizados para programas e intervenções para a prevenção e tratamento da infecção por HIV e para cuidar dos que vivem com o HIV/SIDA. Ultimamente os governos locais e a comunidade internacional têm-se concentrado em disponibilizar a terapia antiretroviral e até Junho de 2006 estimava-se que um milhão de pessoas estava a receber tratamento antiretroviral.

A pandemia do HIV reuniu também cientistas de disciplinas tão variadas como as ciências sociais

(antropologia, demografia, economia, psicologia, sociologia), epidemiologia, saúde pública e ciências biomédicas para encontrar soluções para vários assuntos renitentes, incluindo a mudança de comportamento, condescendência e outros, que tradicionalmente têm dominado as ciências sociais. O advento da pandemia do HIV trouxe também para o discurso público o até agora tabú e assunto sensível da sexualidade e comportamento sexual. Com vários programas e intervenções a conhecerem resultados abaixo do projectado e com o acesso aos serviços sobre o HIV ainda com grandes constrangimentos, apesar de serem relativamente bem financiados e melhor equipados em termos de pessoal, a atenção tem estado virada para encontrar respostas ao porquê da falta

No que diz respeito à criação da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais para a Saúde, o falecido antigo Director Geral da OMS, o Dr. J.W. Lee disse: “A Saúde Pública é uma questão social... as intervenções visando reduzir a doença e salvar vidas são bem sucedidas apenas quando tomam em consideração os determinantes sociais de forma adequada” (Lee 2005).

de sucesso e ao como melhor ultrapassar as barreiras no aumento do acesso a esses serviços. Por que razão alguns programas são bem sucedidos e outros fracassam? Por que razão as pessoas continuam a ter comportamentos sexuais de risco, mesmo sabendo como se proteger? Especialistas em saúde pública estão cada vez mais a transformar-se em cientistas sociais ou tentam usar métodos de pesquisa qualitativa para preencher lacunas no conhecimento como forma de melhorar a prestação de serviços para os que destes mais necessitam. No que diz respeito à criação da Comissão da OMS sobre os Determinantes Sociais para a Saúde, o falecido antigo Director Geral da OMS, o Dr. J.W. Lee disse: “A Saúde Pública é uma questão social...as intervenções visando reduzir a doença e salvar vidas são bem sucedidas apenas quando tomam em consideração os determinantes sociais de forma adequada” (Lee 2005).

Este capítulo coloca o enfoque no papel dos métodos qualitativos das ciências sociais para fornecer informação prática muito necessária para os especialistas em saúde pública e gestores de programas para melhorar a qualidade e acessibilidade aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. A pesquisa qualitativa justifica-se por si mesma

para produzir e avançar conhecimento, construindo teorias ou explorando crenças ou práticas das pessoas vivendo em contextos culturais diferentes. O enfoque deste capítulo reside, contudo, na sua relevância do ponto de vista da saúde pública. Em primeiro lugar, definem-se os métodos qualitativos, destaca-se a sua importância para a saúde pública e exploram-se as razões para a sua relativa rejeição por parte dos especialistas em saúde pública ou gestores de programas. A seguir, descreve-se e ilustra-se com um exemplo o potencial dos métodos qualitativos. O capítulo conclui com a recomendação de uma estratégia de triangulação dos métodos de pesquisa como a melhor abordagem para medir e explicar o acesso aos serviços de saúde – informação que é importante para a implementação de intervenções culturalmente adequadas, localmente aceites e bem sucedidas.

Objectivo

O objectivo principal deste capítulo é o de analisar o potencial dos métodos qualitativos de pesquisa na abordagem das necessidades de saúde sexual e reprodutiva das pessoas através de um estudo aprofundado dos factores contextuais e individuais subjacentes.

Apresentação do problema

Os métodos de pesquisa qualitativa representam um esforço científico único e muito válido para a compreensão e explicação de factores contextuais e comportamentais subjacentes que facilitam ou impedem o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Todavia, a sua implementação tem sido fragmentada e o registo de sucesso desigual. Este capítulo explora as razões de tal situação e sugere uma estratégia de combinação de métodos qualitativos e quantitativos.

MÉTODOS QUALITATIVOS DE PESQUISA: DEFINIÇÃO E FINALIDADE

A pesquisa qualitativa define-se mais pela sua finalidade do que pelos métodos usados. Quando a finalidade principal é explorar e explicar o comportamento mais do que o medir e o descrever, ou quando os assuntos não são do conhecimento comum ou o vocabulário localmente utilizado não é conhecido, os métodos de pesquisa qualitativa

garantem opções de investigação adequadas para preencher lacunas no conhecimento. As características da investigação qualitativa referidas por Ulin et al. (2002) são:

- Pergunta porquê, como e em que circunstâncias as coisas ocorrem
- Procura aprofundar a compreensão
- Aborda o fenómeno social de forma holística
- Explora e descobre
- Proporciona reflexões sobre os significados das decisões e acções
- Usa métodos interpretativos e outros métodos abertos
- Tem carácter interativo em vez de fixo
- É emergente mais do que pré-estruturada
 - Envolve respondentes como participantes activos, em vez de como sujeitos
 - Define o investigador como um instrumento no processo de pesquisa.

Há três pressupostos subjacentes à pesquisa qualitativa. Em primeiro lugar, os dados sobre os significados culturais, os valores e padrões de comportamento culturalmente prescritos requerem explicações culturais aprofundadas que não podem ser numericamente averiguadas. Em segundo lugar, os padrões culturais de comportamento devem ser estudados de forma holística. Em terceiro lugar, um dado grupo social ou comunidade manifesta um grau de uniformidade ou ho-

mogeneidade de padrões culturais e, portanto, a informação dada por poucos respondentes pode ser generalizada para todo o grupo ou comunidade.

Uma série de técnicas qualitativas foi aplicada na pesquisa sobre saúde sexual e reprodutiva. Uma discussão método a método sobre a sua amplitude, pontos fortes e limitações está para além do âmbito deste capítulo. As principais abordagens podem ser agrupadas em três partes: (1) entrevistas individuais aprofundadas (a “parceria conversacional”), que incluem entrevistas com informantes-chave e estudos de caso; (2) entrevistas em grupo, que incluem discussões com grupos específicos (DGEs), entrevistas informais em grupo e técnicas de investigação participativa;

Tabela 1: Principais Técnicas de Pesquisa Qualitativa, Através de Pergunta e Abordagem

PERGUNTA	ABORDAGEM	TÉCNICA DE PESQUISA
Como é que as pessoas se comportam em público?	Observe-as	Observação participante
Como é que as pessoas se comportam em privado?	Peça-lhes que façam diários	Documentos pessoais
O que é que as pessoas pensam ou como é que elas se comportam em privado?	Pergunte-lhes	Entrevistas aprofundadas
Quais são os movimentos das pessoas?	Faça um gráfico dos seus movimentos	Fazer o mapeamento do seu comportamento
Quais são os comportamentos normativos (aceites ou esperados)?	Organize discussões em grupo	Discussões em grupos específicos
Qual é o vocabulário local (para doenças ou comportamentos ou outros assuntos)?	Pergunte-lhes	Listagem livre
Como organizar e procurar padrões comportamentais?	Agrupe sistematicamente os itens a partir de listagens livres	Organização e selecção de informação em bruto

e (3) técnicas de observação participante, observação de acontecimentos específicos, observação de interacções e observações informais e não estruturadas. A Tabela 1 aprofunda as técnicas habitualmente mais utilizadas em termos dos objectivos da pesquisa ou da questão e abordagem da mesma.

Várias abordagens na pesquisa aplicada combinam técnicas qualitativas e quantitativas de recolha de dados. Algumas destas técnicas colocam o enfoque nas comunidades, enquanto outras colocam o enfoque nos serviços e prestação de serviços. Os Procedimentos de Avaliação Rápida (PAR) tiveram início com a avaliação rural rápida (ARR), usada por equipas multidisciplinares visando a recolha de dados a partir das pessoas da comunidade.

A expansão deste método através do envolvimento dos membros da comunidade como parceiros na recolha de dados, análise e processos de tomada de decisão resultou numa abordagem co-

nhecida por Avaliação Rural Participativa (ARP). A ARP é um conjunto de métodos para conduzir pesquisa participante e qualitativa com o objectivo de permitir que as pessoas descrevam e anali-

sem a sua própria situação e avaliem constrangimentos e oportunidades. A ARP é mais uma abordagem e um instrumento para o desenvolvimento da comunidade do que uma estratégia de pesquisa. A prioridade reside mais na produção de informação para uma acção do que na promoção do conhecimento com uma aplicação mais ampla.

Os Procedimentos de Avaliação Rápida (PAR) adaptam os métodos etnográficos para recolher informação qualitativa sobre os pontos de vista e crenças das pessoas sobre a saúde, o tratamento e prevenção da doença. Proporcionam

também dados sobre factores sociais e culturais que influenciam o comportamento. Os estudos etnográficos focalizados (EEF) constituem ainda um outro tipo de procedimento de avaliação rá-

A pesquisa qualitativa define-se mais pela sua finalidade do que pelos métodos usados. Quando a finalidade principal é explorar e explicar o comportamento mais do que o medir e o descrever, ou quando os assuntos não são do conhecimento comum ou o vocabulário localmente utilizado não é conhecido, os métodos de pesquisa qualitativa garantem opções de investigação adequadas para preencher lacunas no conhecimento

pida que aplica técnicas de pesquisa etnográfica para tratar de assuntos relevantes para a planificação das intervenções. Esta abordagem tem sido usada para estudar o comportamento sexual e ITS/HIV e, em geral, envolve a entrevista com informantes-chave, visitas à comunidade e unidades sanitárias e mapeamento social. Esta abordagem fornece dados sobre os factores contextuais que podem limitar o acesso aos serviços por parte dos que deles necessitam.

A CONTRIBUIÇÃO DA PESQUISA QUALITATIVA NA SAÚDE PÚBLICA

A pesquisa qualitativa tem contribuído para a saúde pública de diferentes maneiras. Em alguns casos tem conduzido a descobertas e noutros tem identificado os padrões que reforçam ou compensam a susceptibilidade de indivíduos e comunidades no que se refere a maus resultados em termos de saúde. Um exemplo do primeiro tipo é a descoberta feita pelo Dr. John Snow (1813-1858) de que a cólera era transmitida não através da inalação de ar poluído – teoria prevalecente na altura – mas sim por água contaminada pelos dejectos de outras pessoas padecendo da doença. Falando com os residentes locais, identificou a causa da eclosão da cólera em Soho, na Inglaterra, em 1854. Numa carta dirigida ao Editor do Medical Times and Gazette, o Dr. Snow escreveu o seguinte:

Deslocando-me ao local, constatei que quase todas as mortes tinham ocorrido a uma distância curta da bomba de água [localizada na Broad Street]. Registaram-se apenas dez mortes em residências, sem sombra de dúvida, localizadas mais próximo de outra bomba. Em cinco destes casos, as famílias das pessoas mortas informaram-me que se dirigiam sempre à bomba localizada na Broad Street, porque preferiam a água desta em vez da água das bombas que se localizavam mais próximo. Em três outros casos, os mortos eram crianças que frequentavam a escola localizada próximo da bomba da Broad Street

Um exemplo recente é o desenvolvimento de uma intervenção participativa sustentável de baixo custo junto de grupos de mulheres nas zonas rurais do Nepal que reduziu a mortalidade neonatal em 30 por cento e teve muitos outros resultados positivos na saúde pública (Manandhar et al. 2004). Enquanto os métodos de pesquisa quantitativa, tais como levantamentos sobre conhecimento, atitudes e práticas (CAP) ou ensaios clínicos aleatórios (ECAs) descrevem relações de causa-efeito, os métodos qualitativos forne-

cem explicações sobre tais relações e contribuem para o desenvolvimento de intervenções para a prevenção e tratamento.

BARREIRAS AO USO BEM SUCEDIDO DOS MÉTODOS DE PESQUISA QUALITATIVA

O âmbito e finalidade dos métodos de pesquisa qualitativa devem ser o mais atraentes possível aos olhos dos planificadores de desenvolvimento, profissionais de saúde pública e pesquisadores afins. Mas, o que se sabe sobre a sua aceitação e utilização fornece, na melhor das hipóteses, uma imagem dupla. As razões para esta situação vão desde a falta de reconhecimento e incompreensão em relação à finalidade dos métodos qualitativos à sua má aplicação ou má interpretação dos resultados.

Falta de reconhecimento e de compreensão

A maior parte dos planificadores de desenvolvimento e profissionais de saúde pública continua a confiar principalmente na informação quantitativa expressa numericamente para a tomada de decisões sobre a definição e implementação de programas. Chambers (1997) e Bleek (1987), entre outros, fazem referência ao paradigma quantitativo que rejeita completamente ou desvaloriza os métodos e resultados da pesquisa qualitativa. Chambers (1997: 39) sublinha que:

No seio das profissões e entre elas busca-se o estatuto e a respeitabilidade e estes podem ser alcançados através da quantificação, técnicas matemáticas e precisão. As profissões ou disciplinas que desenvolvem ou adoptam técnicas que treinam habilidades avançam no sentido ascendente: no Reino Unido, a Psicologia Clínica surgiu com a testagem psicológica e com as teorias comportamentais mecanicistas; os sociólogos procuravam respeitabilidade 'científica' através de levantamentos-questionários que geram números para análises estatísticas; e os investigadores sobre os sistemas de agricultura procederam igualmente a levantamentos para produzir números para análises multivariadas que impressionam ou espantam os colegas.

Alguns antropólogos e sociólogos têm adoptado estudos quantitativos para ganharem respeitabilidade científica. Bleek (1987: 317) explica assim esta difícil situação: "Fui muitas vezes criticado por colegas por causa da fraqueza estatística da minha investigação. Porque a minha amostra era composta por 42 adultos, a sua representatividade foi posta em causa". De facto, em muitos círculos da saúde pública continua a ser questionado o rigor científico, a

possibilidade de generalizar e confiar nos dados qualitativos. Dada a exiguidade do tempo e a falta de familiaridade com os métodos qualitativos, os gestores de programas e os profissionais de saúde pública continuaram a confiar principalmente na informação quantitativa, que é considerada precisa. É habitual deparar com profissionais de medicina que, muitas vezes, não compreendem os métodos qualitativos, desvalorizando esses métodos como “não científicos” e os seus resultados como sendo “caricatos”. Para além disso, alguns defendem o ponto de vista errado de que os métodos qualitativos não são compatíveis com a tomada de decisões “baseadas na evidência”, porque não fornecem informação a partir de grandes levantamentos ou ensaios clínicos controladas e aleatórios com grupos de intervenção e de controlo, acompanhados ao longo do tempo em busca de relações específicas de causa-efeito.

Má compreensão da finalidade dos métodos qualitativos

A má compreensão em relação aos métodos qualitativos, especialmente entre os que têm poucos ou nenhuns antecedentes de investigação em ciências sociais e familiaridade com apresentações numéricas levaram alguns investigadores a usar abordagens qualitativas para medir e descrever numericamente comportamentos como a incidência do aborto, a percentagem de pessoas que usa o preservativo, etc. Alguns profissionais de saúde pública e gestores de programas limitaram o seu interesse nos métodos qualitativos para conhecer as características socio-económicas e demográficas das pessoas que têm acesso aos serviços de saúde. Os métodos qualitativos são assim vistos, de forma errada, como um substituto barato para grandes levantamentos quantitativos CAP. Esta expectativa limitada em relação aos métodos qualitativos para descrever o comportamento tem conduzido a conclusões erradas e tem sido fútil.

Má aplicação

Tanto os materiais publicados como os não publicados contêm exemplos de má aplicação, tais como o recurso às discussões em grupos específicos (DGEs) para elicitar informação pessoal ou aplicar técnicas estatísticas a dados das DGEs. De igual modo, os levantamentos CAP têm sido usados para produzir informação sobre atitudes, crenças, percepções e causas que são muito melhor tratados recorrendo aos métodos de pesquisa qualitativa. Esta má combinação entre os objectivos e os métodos do estudo tem enfraquecido a utilização dos resultados da pesquisa em ciências sociais para a saúde pública.

Má aplicação do modelo biomédico: O caso das avaliações éticas

Os princípios éticos do consentimento informado para a participação num estudo, a privacidade e a confidencialidade da informação são aplicáveis a nível universal. Contudo, ao contrário das intervenções biomédicas, os métodos de pesquisa qualitativa para falar com pessoas ou observar pessoas não colocam quaisquer riscos de saúde. Contudo, a maior parte dos conselhos de avaliação ética aplica o modelo biomédico à pesquisa em ciências sociais na sua avaliação dos procedimentos éticos. Na verdade, a maior parte destes conselhos é constituída por pessoas familiarizadas apenas com métodos de pesquisa e intervenções biomédicas, não dispendo de conhecimento básico sobre

Bastantes vezes centrase a atenção nos métodos qualitativos quando as coisas não acontecem de acordo com o planificado. Muitos programas de intervenção com recursos financeiros e humanos substanciais são concebidos com pouca ou nenhuma informação sobre a perspectiva das pessoas que deles mais necessitam. Quando as intervenções não produzem os resultados desejados, os planificadores de políticas de saúde viram-se para a investigação qualitativa para procurar as razões do insucesso. Claro que se pode adquirir conhecimento recorrendo ao uso de métodos qualitativos, mas muitos desses programas poderiam ser recuperados por meio da pesquisa qualitativa antes da implementação da intervenção, em vez de tal acontecer posteriormente.

métodos e procedimentos da pesquisa qualitativa. Alguns destes conselhos argumentam que as entrevistas ou observações pessoais são tão incertas e colocam tanto risco ao indivíduo como as experiências clínicas de utilização de medicamentos ou procedimentos de tratamento. É habitual que tais conselhos solicitem que seja obtido um consentimento informado de cada pessoa presente, por exemplo, numa cerimónia de cura ou numa celebração ritual antes da observação antropológica participante. A avaliação de pro-

postas de investigação em ciências sociais através de uma perspectiva biomédica resultou, não poucas vezes, na distorção do objectivo, plano e implementação dessa pesquisa.

Má planificação do tempo

Bastantes vezes centra-se a atenção nos métodos qualitativos quando as coisas não acontecem de acordo com o planificado. Muitos programas de intervenção com recursos financeiros e humanos substanciais são concebidos com pouca ou nenhuma informação sobre a perspectiva das pessoas que deles mais necessitam. Quando as intervenções não produzem os resultados desejados, os planificadores de políticas de saúde viram-se para a investigação qualitativa para procurar as razões do insucesso. Claro que se pode adquirir conhecimento recorrendo ao uso de métodos qualitativos, mas muitos desses programas poderiam ser recuperados por meio da pesquisa qualitativa antes da implementação da intervenção, em vez de tal acontecer posteriormente.

Ulin et al. (2002) relatam um caso em que um programa de fornecimento de preservativos femininos e informação relacionada foi suspenso devido à sua aparente falta de sucesso. O estudo qualitativo aprofundado que se seguiu sobre as razões do fracasso revelou muitos dados que poderiam ter ajudado a conceber a intervenção de modo mais efectivo desde o início. Por exemplo, o estudo demonstrou que os médicos se mostravam relutantes em distribuir preservativos femininos porque receavam ser acusados de terem infectado os preservativos com o vírus HIV, um boato que circulava na comunidade. As entrevistas com mulheres revelaram que a maior parte tinha conhecimento sobre o método mas não o usavam porque pensavam que os fornecedores não o tinham ou porque achavam que o método não era eficaz, ou mesmo porque achavam que era perigoso. As discussões com grupos específicos forneceram mais informações sobre as relações de poder e questões de género no seio da comunidade, daí resultando maior aceitabilidade do preservativo feminino. Toda esta informação foi importante para o tratamento de questões sociais e culturais, mas aconteceu demasiado tarde para o programa, que já tinha sido cancelado com o argumento de que a pesquisa quantitativa “fracassara”.

A aprendizagem da pesquisa qualitativa pode ser decisiva para a concepção de intervenções apropriadas que vão ao encontro das necessidades e preferência das pessoas.

CAMINHAR EM FRENTE: TRIANGULAÇÃO

Muita energia intelectual tem sido utilizada no debate sobre a superioridade de um tipo de método de pesquisa em relação ao outro. Contudo, a combinação e integração de métodos e dados sobre o mesmo assunto, proporciona um quadro mais completo e holístico, útil para conceber programas apropriados. Um bom projecto de pesquisa em ciências sociais descreve e explica. Há cada vez mais provas de que um método sem o outro não só é incompleto e menos útil, como também é, por vezes, potencialmente enganador. Em conjunto, ambas as abordagens fornecem elementos que descrevem, exploram e explicam o comportamento, tomando em total consideração factores contextuais e a forma como estes moldam o comportamento individual e as respostas.

Há cada vez mais estudos com o objectivo de combinar componentes qualitativos e quantitativos. A Organização Mundial de Saúde patrocinou um estudo dessa natureza no Quênia, África do Sul, Tanzania, Uganda, Zâmbia e Zimbabwe. Os objectivos eram: (a) avaliar os pontos de vista dos indivíduos sexualmente activos sobre os riscos do HIV/SIDA e da gravidez indesejada; (b) investigar as estratégias consideradas pelos indivíduos sexualmente activos como sendo apropriadas, práticas e eficazes para enfrentar com sucesso esses riscos; (c) investigar as oportunidades sobre a mudança de comportamento e os constrangimentos encontrados, com ênfase particular na comunicação entre os parceiros. O plano de pesquisa incluía discussões com grupos específicos (DGEs), seguia-se um levantamento e terminava com entrevistas aprofundadas com homens e mulheres apresentando comportamentos de alto risco sexual e reprodutivo. Os respondentes elegíveis eram mulheres sexualmente activas com idades compreendidas entre os 18 e os 39 anos e os respectivos esposos ou parceiros com quem viviam. Os locais escolhidos pelo estudo incluíam uma área urbana e uma área rural em cada país.

As DGEs, em geral, produziram informação que mostrava grandes barreiras no uso do preservativo no casamento. Revelaram também respostas normativas e diferenciais em termos de género. Por exemplo,

“Ele [o preservativo] é bom mas não é aplicável à nossa cultura”.

[Homem de meio urbano, Uganda]

“Os homens não usam o preservativo no casamento porque as suas esposas não são prostitutas”.

[Mulher de meio rural, Quênia]

“Preservativo no casamento, é impossível”.

[Mulher de meio urbano, Uganda]

“Se te virem com um preservativo, és estigmatizado... por isso, trazer um preservativo consigo é um problema”.

[Homem de meio rural, Quênia]

Com base apenas nos resultados das DGEs, conclui-se que se usa muito pouco ou nem se chega a usar o preservativo no casamento nestas sociedades. Contudo, o levantamento quantitativo de 6,140 homens e mulheres nos locais em que se efectuou o estudo mostrou que uma percentagem considerável de mulheres casadas ou vivendo maritalmente disseram que usavam o preservativo (Tabela 2).

contrair o HIV mostraram-se capazes de negociar o uso do preservativo. Tomados em conjunto, os métodos usados neste estudo produziram vários novos elementos, incluindo o potencial uso do preservativo no casamento, o poder das mulheres decidirem sobre o uso do contraceptivo e do preservativo e as implicações-chave para programas e políticas. A triangulação dos métodos de pesquisa foi bem sucedida no questionamento dos mitos de que os preservativos não podiam ser usados no casamento em África e que as mulheres não têm poder de decisão. Os resultados do estudo proporcionaram aos profissionais de saúde oportunidades de promover o uso do preservativo no casamento e reforçar o papel e o empoderamento da mulher na promoção do uso do preservativo. Os resultados demonstraram também como é que cada método

Tabela 2: Percentagem de Mulheres Casadas ou Vivendo Maritalmente que dizem usar o Preservativo no Casamento

USO DO PRESERVATIVO	MEIO URBANO	MEIO RURAL
ÁFRICA DO SUL	%	%
Uso corrente no planeamento familiar	8,7	5,2
Uso consistente/ocasional com o parceiro	31,3	11,1
QUÊNIA		
Uso corrente no planeamento familiar	2,2	1,7
Uso consistente/ocasional com o parceiro	14,5	11,6
UGANDA		
Uso corrente no planeamento familiar	5,6	3,1
Uso consistente/ocasional com o parceiro	21,8	11,0

Os participantes às entrevistas detalhadas e aprofundadas foram identificados através das respostas que deram ao questionário realizado no âmbito do levantamento. Estas entrevistas aprofundadas demonstraram os mecanismos e as estratégias de adaptação pessoal utilizadas para lidar com o duplo risco de infecção por HIV e gravidez indesejada. As mulheres que estavam conscientes do risco de

pode complementar outros ao fornecer elementos para compreender um comportamento pessoal sensível e o papel dos factores contextuais. Os métodos qualitativos podem revelar-se especialmente importantes na investigação do processo através do qual os preservativos podem ser inseridos na vida conjugal, e a análise integrada dos dados gerados pelos diferentes métodos pode conduzir a

programas informados e eficientes de promoção do uso do preservativo, melhor adequados às necessidades das pessoas casadas ou vivendo maritalmente na África Subsaariana.

CONCLUSÕES

Para alargar os serviços às pessoas que destes mais necessitam, muito pode ser feito aplicando os métodos qualitativos adequadamente e em combinação com os métodos quantitativos. Os profissionais de saúde pública devem evitar o risco de confiar inteiramente na informação quantitativa para a compreensão do comportamento humano e para a tomada de decisões. É melhor medir o comportamento quantitativamente e explicá-lo qualitativamente.

Os métodos de pesquisa qualitativa seguem princípios e procedimentos científicos para fornecer informação objectiva sobre os factores que impedem ou facilitam o uso dos serviços de saúde. O uso apropriado e bem sucedido de tais abordagens requer perícia, conhecimento e experiência para evitar imprevistos e pesquisa redundante (por exemplo, os levantamentos CAP são muitas vezes levados a cabo por profissionais de saúde que não estão familiarizados com a informação fornecida pelo levantamento). A utilização oportuna dos métodos qualitativos pode fornecer informação para as políticas e programas e assegurar a sua utilidade e eficiência em termos de custos. Quer o objectivo seja o de elaborar um programa, quer o objectivo seja o de conceber um levantamento quantitativo para medir a incidência de resultados na saúde, os métodos qualitativos são muito importantes. O uso destes métodos deve preceder (e não aparecer posteriormente) a implementação do programa. O seu uso deve também preceder qualquer elaboração de levantamentos ou questionários com vista a incorporar preocupações e terminologias locais. Aplicados oportuna e apropriadamente, os estudos qualitativos podem gerar elementos que têm impacto importante na prevenção da morbidade e mortalidade, e podem também evitar custos financeiros desnecessários, como evidenciaram as experiências de Moçambique, Nepal e outros países (Grypdonck 2006).

O diálogo entre pesquisadores que adoptam os métodos qualitativos e profissionais de saúde pública melhora quando os pesquisadores tratam de questões que interessam aos profissionais de saúde ou quando a pesquisa qualitativa identifica claramente implicações em termos de políticas, especialmente para acções a curto prazo.

Os responsáveis pela definição de políticas têm horizontes relativamente a curto prazo e estão interessados em resultados que possam ser alcançados rapidamente. As análises oportunas, a disseminação e o fornecimento de informação podem também facilitar uma maior compreensão e apreciação dos resultados da pesquisa qualitativa. Finalmente, as equipas multidisciplinares envolvendo pesquisadores, que adoptam o método qualitativo, e profissionais de saúde pública são muito úteis para uma pesquisa conducente a políticas relevantes que visem satisfazer as necessidades das pessoas de modo mais efectivo e desenvolver intervenções que sejam ao mesmo tempo aceitáveis e possíveis de custear.

REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE I. SHAH

- É preciso levar a cabo investigações sociais de qualidade e que respondam a problemáticas relevantes para a saúde pública.
- É necessário aumentar a receptividade e abertura para as contribuições das ciências sociais por parte dos planificadores de saúde e dos profissionais médicos.
- A sensação geral é que existe um aumento do interesse em conjugar a investigação quantitativa com a qualitativa, ainda que no âmbito da saúde pública continue a predominar uma maior valorização da primeira.

BIBLIOGRAFIA

Bleek, W.

1987 *Lying informants: a fieldwork experience from Ghana*. Population and Development Review 13: 314-322.

Campbell, O, J. Cleland,

M. Collumbien e K. Southwick

1999 *Social Science Methods for Research on Reproductive Health*. Geneva: World Health Organization.

Chambers, R.

1997 *Whose Reality Counts?* London: Intermediate Technology Publications.

Daly, J, K. Willis, R. Small, J. Green, N.

Welch, M. Kealy e E. Hughes.

2006 *A Hierarchy of Evidence for Assessing Qualitative Health Research*. Journal of Clinical Epidemiology 60: 43-39.

Gryphonck, M.

2006 *Qualitative Health Research in the Era of Evidence-Based Practice*. *Qualitative Health Research* 16:1371-1385.

Lee, J.W.

2005 *Public Health Is a Social Issue*. The Lancet 365: 1005-1006

Manandhar, D.S., D. Osrin, B.P. Shrestha, N.

Mesko, J. Morrison, K.M. Tumbahangphe, S.

Tamand, S. Thapa, D. Shrestha, B. Thapa, J.R.

Shrestha, A. Wade, J. Borghi, H. Standing, M.

Manandhar e A.M. de L. Costello

2004 *Effect of Participatory Intervention with Women's Groups on Birth Outcomes in Nepal: Cluster-Randomised Controlled Trial*. The Lancet 364: 970-979.

Obermeyer, C.M.

2005 *Reframing Research on Sexual Behaviour and HIV*. Studies in Family Planning 36: 1-12.

Price, N. e K. Hawkins

2002 *Researching Sexual and Reproductive Behaviour: A Peer Ethnographic Approach*. Social Science and Medicine 55: 1325-1336.

Pullum, T., J. Cleland, I. Shah

2005 *Consensus, Power and Trust in the Use of Family Planning and Condoms by Couples in Eastern and Southern Africa*. Paper presented at the XXV International Population Conference of the International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP), Session 124, Tours, France, July 18-23. Website: www.iussp.org.

Scrimshaw, N.S., e G.R. Gleason, eds.

1992 *Rapid Assessment Procedures: Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related*

Programmes. Boston: International Nutrition Foundation for Developing Countries.

Sommers, R. e B. Sommers

1986 *A Practical Guide to Behavioural Research*. 2nd Edition, New York: Oxford University Press.

Ulin, P.R., E.T. Robinson,

E.E. Tolley e E.T. McNeill

2002 *Qualitative Methods: A Field Guide for Applied Research in Sexual and Reproductive Health*. North Carolina: Family Health International.

Scrimshaw, S.C.M., and E. Hurtado

1987 *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*. Tokyo: The United Nations University, UNICEF e UCLA Latin American Center.

UNAIDS and WHO

2006 *AIDS Epidemic Update*. December 2006. Geneva: UNAIDS and WHO.

PERSPECTIVAS DA ANTROPOLOGIA MÉDICA CRÍTICA SOBRE A CIRCUNCISÃO MASCULINA PARA PREVENIR O HIV

María Cristina Álvarez Degregori,
Grupo Interdisciplinar de Investigação sobre Cultura e Saúde
(Grupo ICS)
Medicus Mundi Catalunya

Nota: Os pontos de vista expressos neste capítulo pertencem exclusivamente à autora do mesmo e não reflectem necessariamente os das instituições com as quais está vinculada.

INTRODUÇÃO

Nos países da África Subsaariana vivem cerca de 25 milhões de pessoas HIV positivas, aproximadamente dois terços de todos os afectados do mundo (ONUSIDA 2006), e a evolução da pandemia nesta região mostra que é afectada por uma diversidade de factores culturais, sociais, económicos, políticos e comportamentais que permitem, e inclusivamente facilitam, a expansão do HIV na população, com efeitos devastadores. Neste contexto, a contribuição da antropologia seria especialmente valiosa para compreender os fundamentos sobre os quais se constrói a estrutura social da doença, em que se definem alguns dos seus comportamentos epidemiológicos ou aonde se traçam perfis de comportamentos que contribuem para o sucesso ou insucesso dos programas de saúde pública.

De facto, desde o aparecimento do SIDA no cenário sanitário e social, as ciências sociais em geral e a antropologia em particular contribuíram de forma significativa para o estudo do perfil multifactorial da epidemia. Também nalguns âmbitos institucionais criaram-se progressivamente espaços que interligam as ciências sociais com a epidemiologia ou a bioestatística, consideradas “núcleos duros” da saúde pública. A OMS tanto na sua constituição como em várias declarações (Lee 2001) reconhece a importância das comunidades, culturas, valores e factores sociais para a saúde. E a UNESCO trabalha desde 1998 num projecto conjunto com a UNUSIDA destinado à prevenção e ao cuidado do HIV/SIDA sob o ponto de vista cultural. A interdisciplinaridade entre a saúde pública e as ciências sociais aumentou também a agenda dos direitos humanos devido à presença catalizadora do SIDA que pôs em evidência a inevitável ligação entre a saúde e os direitos humanos.

Portanto, dá a impressão que há um clima apropriado para que a antropologia, tenha uma palavra “autorizada”, da mesma forma que outras disciplinas, na hora de desenhar ou avaliar políticas e programas destinados ao HIV/SIDA.

No entanto, quando se analisam muitos dos programas destinados ao HIV/SIDA na África Subsaariana, parece que toda aquela diversidade factorial da epidemia, que constituiriam o objecto de estudo da antropologia e outras ciências so-

ciais, reduz-se no contexto da saúde pública a uns poucos “factores de confusão”. Estes factores seriam reguláveis dentro dos processos de controlo de desenho ou de ajuste estatístico, na hora de confirmar a validade dos estudos biomédicos, estudos nos quais frequentemente se fundamentam os dados científicos usados para o desenho de políticas de saúde que podem revelar-se cruciais para o controlo da epidemia.

A propósito destas “ausências”, neste capítulo abordarei o caso da circuncisão masculina, uma intervenção que gerou grandes expectativas na prevenção da transmissão heterossexual do HIV na África Subsaariana.

Sob a perspectiva da antropologia médica crítica, analisarei uma série de factores que poderiam influenciar significativamente o impacto de uma política de expansão em grande escala das circuncisões masculinas. Os “Factores de confusão” que têm sido subestimados e outros factores nunca sequer considerados – na maioria de índole sociocultural e que muito bem poder-se-iam chamar no seu conjunto “factores de co-fusão”, uma vez que se inserem no tecido social – interagem entre si de forma transversal no espaço e longitudinal no tempo e podem ter efeitos decisivos a médio e longo prazo particularmente no que se refere à situação das mulheres no cenário da epidemia, um dado a destacar quando a progressiva “feminização” do SIDA é uma realidade.

O CASO DA CIRCUNCISÃO MASCULINA

A circuncisão masculina (CM) é a remoção do pré-púcio, quer de forma cirúrgica no âmbito sanitário, ou, tal como se pratica em muitos povos do mundo, com instrumentos utilizados por praticantes tradicionais no contexto de um processo geralmente ritual, de índole religiosa, social ou identitária.

Em África, a circuncisão masculina ritual é uma prática amplamente espalhada em todos os países habitados por povos semitas muçulmanos da África Setentrional, em todas as regiões islamizadas da África Meridional e noutros povos que praticam tradicionalmente a circuncisão como parte dos seus rituais de passagem.

A associação entre a circuncisão masculina e o HIV no contexto da África Subsaariana, e o interesse

dos epidemiologistas por esta, data dos finais dos anos 80, quando se observou que as zonas geográficas com maior prevalência de HIV coincidem com uma menor prescrição cultural para as circuncisões masculinas (Bongaarts et al. 1989, Moses et al. 1990, Caldwell e Caldwell 1996). Mais tarde Weiss (2000), numa revisão sistemática e meta-análise da bibliografia médica, encontra entre os homens africanos circuncidados menos possibilidades de contrair o HIV na transmissão mulher-homem do vírus. Ambas constatações motivaram um amplo debate científico e outros autores como De Vicenzi e Mertens (1994), Ntozi (1995), Van Howe (1999), Siegfried et al. (2003), Way et al. (2005) contribuem com dados que discordam com as publicações anteriores remetendo-as aos factores de confusão e a outras limitações metodológicas.

A tríade destinada a sustentar a plausibilidade biológica dos efeitos preventivos da circuncisão masculina na transmissão heterossexual do HIV consistiria em:

- Maior densidade de células do sistema imunoprotector no tecido sub mucoso do prepúcio incluindo células de Langerhans, que se apresentam como alvos do HIV-1 e como transmissoras dos vírus aos linfócitos T.
- A fragilidade da mucosa do prepúcio para sofrer erosões durante a relação sexual.
- O efeito preventivo contra outras infecções de transmissão sexual (ITS) com úlceras genitais que facilitarão a entrada do vírus.

Da análise desta tríade, que se repete como afirmação científica em grande parte da bibliografia revista sobre o tema, é pelo menos surpreendente que o argumento mais consistente da plausibilidade biológica esteja centrado na patologização da anatomia, histologia e fisiologia normais do prepúcio, ainda insuficientemente estudadas.

De facto, as células de Langerhans que são uma primeira linha de controlo e espionagem imunológica, estão onde devem estar, quer dizer onde existe maior risco de entrada de agentes patogénicos e fazem o que devem, quer dizer interceptar o invasor e activar os mecanismos de defesa através dos linfócitos T.

Sobre as células de Langerhans, circuncisão e HIV, já se haviam pronunciado Cold e Taylor (1999). Estes autores, que fazem uma exaustiva revisão da embriologia, anatomia, histologia e função do prepúcio, assinalam que mesmo de-

pois da circuncisão persiste mucosa residual na glândula e que há células de Langerhans em toda a epiderme do corpo do pénis, razão pela qual a extirpação cirúrgica das células de Langerhans não só não é possível como também não é racional, concluindo que se trata de células imunológicas normais da mucosa e não de entidades patológicas que necessitam de excisão.

Seis anos mais tarde um grupo de cientistas holandeses (de Witte et al. 2007) reforça o fundamento empírico de Cold e Taylor quando descobrem que a langerina (lecitina tipo-C) contida nas células de Langerhans, a quem se atribua a transmissão do HIV aos linfócitos T, pelo contrário intercepta-os facilitando a sua degradação. Os resultados do estudo indicam que os métodos para combater a doença deverão promover, preservar, ou pelo menos não interferir com o funcionamento desta proteína.

Com outra abordagem e uma perspectiva também crítica esta tríade foi questionada por Atashili (2006), que, apoiado num amplo suporte bibliográfico, alega a falta de evidência científica no primeiro e segundo argumentos e evidências contraditórias na literatura médica respeitante ao efeito protector da circuncisão para as doenças genitais, ulcerosas no terceiro.

Durante a XVI International AIDS Conference (2006), outros autores apresentaram trabalhos discordantes com a lógica geral sobre o efeito protector das circuncisões masculinas. Ao contrário dos autores que sustentam uma relação ecológica entre HIV e a circuncisão masculina, Way et al. (2006) confirmam esta relação unicamente apenas num dos oito países africanos que estudam (Burkina Faso, Camarões, Gana, Quênia, Lesoto, Malawi, Uganda e Tanzânia.). Num estudo de caso-controlo em militares da Marinha Americana, Thomas et al. (2006) não identificam um maior risco de contrair o HIV nos homens não circuncidados que nos homens circuncidados. Castilho et al. (2006) também não encontram um maior risco, na transmissão do vírus dos homens não circuncidados às mulheres, em comparação com os circuncidados, sendo até à data o único autor que inclui as mulheres como população de estudo.

Entre o ano 2005 e finais de 2006 foram apresentados os resultados de três ensaios clínicos controlados, realizados na África do Sul (Orange Farm) (Auvet et al. 2005), no Quênia (Kisumu) e no Uganda (Rakai) (OMS.2006) que demonstra-

ram uma redução no risco de contrair o HIV de 50% entre os homens circuncidados.

Em função dos resultados dos três estudos, a OMS e o Secretariado da ONUSIDA realizaram uma consulta internacional entre especialistas que recomendaram que a CM fosse reconhecida como uma intervenção importante para reduzir o risco de contracção heterossexual da infecção pelo HIV nos homens.

Contudo, no mesmo documento (WHO e UNAIDS 2007) a recomendação está complementada por uma advertência. Catherine Hankins, Diretora Associada do Departamento de Controlo, Evidência e Parceria da ONUSIDA sublinha: Não obstante, nós temos que ser claros: a circuncisão masculina não dá protecção completa contra o HIV. Homens e mulheres que considerem a circuncisão masculina como método preventivo devem continuar a usar outras formas de protecção como preservativos femininos e masculinos, adiar o início da primeira relação sexual e reduzir o número de parceiros sexuais”.

Entretanto adiantando-se aos resultados dos três estudos, OMS (2006) já previa um aumento importante – dramático, segundo alguns autores envolvidos no processo (Groeneveld et al. 2006) – de procura espontânea de circuncisões masculinas cirúrgicas nos países africanos mais afectados pela pandemia do SIDA, particularmente no Botswana, Lesoto, Suazilândia, Tanzânia e Zâmbia e a International AIDS Society (IAS) reclamava uma implementação das circuncisões masculinas “cuidadosa mas rápida”.

Na realidade este tem sido um processo com poucas surpresas. Em Setembro de 2002 a Agência dos Estados Unidos para o Desenvolvimento Internacional (USAID) realizou uma conferência (USAID 2002) no âmbito do projecto AIDSMark para tratar as implicações programáticas da CM para a prevenção do HIV. Muitos dos especialistas que participaram no evento tinham participado noutro encontro em dias anteriores também promovido pela USAID, sobre o programa ABC¹, com que já na altura se podia claramente perceber que as CM tiveram uma relação ainda mais próxima da contiguidade dos eventos, começando com um C, letra inicial tanto de circuncisão

como de preservativo e portanto intercambiáveis ou substituíveis. No comunicado da conferência pode ver-se uma projecção a médio prazo do projecto CM e uma preparação primorosa de todas as variáveis para uma rápida implantação, prevendo resultados favoráveis dos três ensaios clínicos de Uganda, Quênia e África do Sul.

Na lista de recomendações do documento havia uma que resultava apelativa, tratando-se de um projecto científico:

“Work with the media, i.e., be more proactive in providing balanced and accurate information to the press and possibly in responding to internet websites that may spread misinformation (such as materials posted by the more extremist anti-MC groups)” (ver pg 136-137)

De facto poderia dizer-se que efectivamente houve uma ampla divulgação mediática dos estudos clínicos que criaram uma forte expectativa local e que pode em parte ter sido responsável pela pressão na procura prevista de CM mesmo antes de se ter resultados de outros estudos. Divulgação que se constata também de forma muito consistente na imprensa internacional e que converte a circuncisão masculina, para além de um projecto científico, num fenómeno mediático, algo pouco

habitual inclusivamente quando de Sida e África se trata.

Neste cenário compartilhado entre ciência e meios de comunicação, tem-se criado por um lado, e divulgado por outro, o conceito de “vacina cirúrgica” (Groeneveld et al. 2006), aludindo ao efeito da circuncisão masculina perante o HIV.

MC provides a degree of protection against acquiring HIV infection equivalent to what a vaccine of high efficacy would have achieved (Auvert et al., 2005:1120).

Esta distorção semântica que se baseia em conceitos fortemente enraizados no imaginário popular mas fora de seu contexto original, não parece contribuir para identificar a circuncisão como um

1 ABC (Abstinence, Be faithful, Condomise) of The President's Bush Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR)

recurso cujo efeito preventivo do risco em 50% é equilibrado pelos outros 50% simplesmente em risco. Tão pouco parece contribuir para o uso consistente do preservativo feminino e masculino pelos homens e mulheres como faz notar a Dra. Hankins que “consideraram” a CM como método de prevenção.

Comportamento que de início pareceria pouco provável, porque, como assinalou mais adiante as mulheres tem pouco acesso nestes níveis de decisão.

Por outro lado, como é do conhecimento público o preservativo tem sido, durante estes anos sistematicamente submetido a uma campanha de penalização e descrédito, a favor da abstinência, tanto no caso da Igreja Católica, como dos sectores religiosos conservadores que sustentam PEPFAR (e o programa ABC) (Girard 2004; GAO 2006; The Lancet 2006) Dos sectores chave para o controlo da pandemia no mundo, mas muito especialmente na África Subsahariana, um porque utiliza o maior aporte económico para o combate contra HIV/SIDA, o outro porque dispõe de uma ampla rede de recursos sanitários, muitas vezes os únicos acessíveis nas zonas mais desfavorecidas, pelo qual, sem contar a base social de seus fiéis, ambos têm uma importante capacidade de pressão nas políticas de saúde locais, que recebem ou utilizam os seus recursos.

Portanto, o uso sistemático e correcto do preservativo, um método inócuo, económico e reversível que por si só poderia alcançar um nível de efectividade próximo do 100% (Chaya e Amen 2002) pode somente resultar uma recomendação testemunhal, quando se propõe para dar cobertura à CM, com apenas 50% de protecção, irreversível, com mais riscos e mais difícil de operacionalizar, mas que conta com a bênção dos sectores mais conservadores, talvez porque tenha uma consonância com a abstinência e não interfere com a concepção.

Por outro lado, possivelmente Halperin (2000) não se enganava quando avançava numa entrevista:

... for men in Africa who are in risk of dying of AIDS, keeping the foreskin is the last thing in the world that they are worried about

Embora caberia matizar que não se trata só de África, nem do SIDA. A desconstrução formal do perpúcio é um processo que data dos finais do séc. XIX, prova disso é a referência – num alegado circuncidador – que faz o Dr. Ramondino, um reconhecido médico da época, sobre os poderes demoníacos desta parte da anatomia genital masculina com uma alta especificidade erógena (citado por Gollaher 2000).

Após um século, Halperin, outra figura relevante no paradigma circuncidador em tempos do SIDA, explicava sobre uma perspectiva evolucionista, quando e como as condições meio-ambientais dos nossos antepassados davam sentido à circuncisão (Halperin 2001).

Perigoso e inútil, constituem as bases do ideário racional que parte dos demónios e acaba nas células de Langerhans, para converter o prepúcio num erro da natureza – um sobrevivente ontogénico – susceptível de ser corrigido pela cirurgia para pôr as coisas em ordem.

Mas mesmo nesse caso, será em troca de expectativas que dependerão grande parte das mensagens recebidas, o que nos coloca directamente perante no campo da ética.

Neste contexto, o desafio para os desenhadores de políticas de saúde, não passaria apenas por definir normas técnicas para o procedimento cirúrgico, criar brigadas de circuncidadores formados ou montar serviços especiais aos fins de semana, mas também por resolver diversas falhas estruturais crónicas nos sistemas sanitários locais, cuja responsabilidade na evolução da pandemia na África Subsahariana provavelmente tenham maior peso do que as injustiçadas células de Langerhans.

E, na constelação de paradoxos que parecem difíceis de encaixar na lógica cultural, agora, perante a expansão das circuncisões masculinas medicalizadas e promovidas em regiões da África Subsahariana, cabe perguntar que recomendações serão propostas em relação a todas as circuncisões que se realizam em âmbitos não sanitários, ou seja, a maioria das circuncisões rituais ou religiosas que se realizam em África, Ásia, Médio Oriente, Oceânia, América e Europa. Que recomendações relacionadas com as circuncisões que se realizam em menores de idade, com ou sem anestesia no âmbito sanitário, sem possibilidades de consentimento próprio e sem indicação terapêutica? Circuncisões que no seu conjunto configuram a actual estatística de

aproximadamente 30% na população masculina em todo o mundo. Quais serão as legitimadas e quais não? Como se operacionalizarão nas ideologias dominantes e nos ideários dependentes tais legitimações e deslegitimações?... Sem dúvida a argamassa desta construção, criada entre cultura, ciência e natureza, dará para muito.

Um dos riscos muito provável como consequência do aumento espontâneo da procura de circuncisões cirúrgicas nos países africanos com maior prevalência de HIV, é que se a capacidade dos serviços de saúde se mostra insuficiente ou inadequada, os requerentes possam procurar resposta nos serviços privados de saúde, ou nos circuncidados tradicionais de outros grupos étnicos regionais, para os quais abrir-se-ia uma oportunidade de mercado inesperado. Esta opção, aliás pouco controlável, completaria de uma forma natural o circuito que parte da cultura e volta à sua origem (cultura-medicina-cultura) e poderia representar um problema sanitário, inclusive um problema para o controle da transmissão HIV.

A partir de uma perspectiva centrada nos recursos de saúde, um aumento significativo na procura de circuncisões masculinas implicaria uma sobrecarga dos serviços de saúde locais em termos financeiros, operacionais e humanos. Sistemas sanitários estes que geralmente apresentam fragilidades estruturais, relacionadas, segundo o caso, com as sequelas de conflitos armados ou dos programas de ajustamento estrutural, com o efeito nocivo dos programas verticais, ou simplesmente com a pobreza. Neste cenário, uma política de expansão de circuncisões cirúrgicas nos serviços públicos locais aumentaria a dependência de recursos externos e provavelmente uma reorientação na distribuição desses recursos pelos doadores, sobre o que vale a pena perguntar à custa de quê ou em troca de quê. Talvez sob a perspectiva integral de abordagem da epidemia, seja pertinente propor estratégias para reforçar os sistemas de saúde, incluindo os serviços de saúde sexual e reprodutiva que atendem as mulheres e que estão estreitamente ligados aos programas de controlo do HIV/SIDA.

Porque neste âmbito, a mortalidade materna, que é um indicador especialmente sensível para

medir o acesso e disponibilidade dos serviços de saúde, apresenta segundo a OMS, na África Subsaariana, as taxas mais elevadas do mundo com números estimados para o ano 2000 de 830/100.000 nados vivos, e um risco de mortalidade materna durante toda a vida reprodutiva de 1/16, comparado com 1/2800 nos países ricos. Na mesma direcção, e apesar de ter tido um aumento muito importante, a cobertura de TARV (Tratamento Anti Retroviral) não conseguiu superar 23% das necessidades reais (OMS 2006). E calcula-se que na África Subsaariana apenas 9% das mulheres grávidas HIV positivas conseguem beneficiar dos programas de prevenção da transmissão HIV mãe-filho.

Neste contexto, o desafio para os desenhadores de políticas de saúde, não passaria apenas por definir normas técnicas para o procedimento cirúrgico, criar brigadas de circuncidados formados ou montar serviços especiais aos fins de semana, mas também por resolver diversas falhas estruturais crónicas nos sistemas sanitários locais, cuja responsabilidade na evolução da pandemia na África Subsaariana provavelmente tenham maior peso do que as injustiçadas células de Langerhans.

Perante uma escalada das circuncisões masculinas na África Subsaariana, fica claro na perspectiva da antropologia que uma intervenção sobre o pénis, legitimada, promovida, valorizada e institucionalizada terá outras consequências para além das relacionadas com a saúde.

Perante uma escalada das circuncisões masculinas na África Subsaariana, fica claro na

perspectiva da antropologia que uma intervenção sobre o pénis, legitimada, promovida, valorizada e institucionalizada terá outras consequências para além das relacionadas com a saúde.

Nesta situação entra em jogo a construção social da masculinidade e com ela o processo de socialização de género. Género que por sua própria razão de existir não se limita a um compartimento estanque para o masculino ou o feminino, mas também a ser relativo de, ou comparado com. E é precisamente nas relações de género onde aparece novamente a nossa personagem, aquela à qual está especialmente destinado este livro: a mulher no contexto africano, no contexto do SIDA, no contexto da saúde sexual e reprodutiva, todos transversalmente influenciados pela forma como a sociedade contextualiza e constrói o binómio homem/mulher.

Barker e Ricardo (2005) especificam que em qualquer análise de género entre homens deve ter-se

em conta que as diversas versões da masculinidade que se dão em África são:

- Socialmente construídas
- Fluidas no decurso do tempo e em diferentes ambientes
- Numerosas. Não existe um protótipo masculino nem uma única versão africana de “ser homem”.

Isto remete-nos novamente aos estudos que demonstraram o efeito protector da CM na contracção da infecção pelo HIV, e que serviram de plataforma para calcular, mediante modelos matemáticos e simulações, o impacto da intervenção em grande escala, a relação custo-eficácia a longo prazo ou prognósticos sobre comportamentos, o que sugere à priori um homem africano genérico, situado em realidades homogéneas e estáveis, com comportamento sexual previsível, neutro, interagindo com figuras femininas ou masculinas irrelevantes, tanto no Botswana como em Moçambique, quer se trate de um Zulu ou de um Masai.

Alguns dos factores, detalhados por Barker e Ricardo, que intervêm na socialização dos homens na África Subsaariana são a autonomia económica, a formação de uma família própria, o papel dos idosos do grupo, os ritos de passagem, a experiência sexual legitimada, a violência associada à sexualidade relativamente comum nos mais jovens e o contexto de mudança social, de urbanização, de insegurança política inclusive de conflito armado. Numa perspectiva de conjunto é possível inferir que a circuncisão masculina como política sanitária, possa gerar um processo de resignificações simbólicas que sem dúvida envolverá mais actores do que os directamente submetidos à intervenção, e cuja dinâmica e efeitos seriam imprevisíveis a longo prazo.

A fim de reforçar esta ideia refiro uma reflexão de Richard Parker (2001) num debate sobre o poder nas relações sexuais, onde assinala que o indivíduo nunca deveria ser visto como uma unidade isolada de investigação e análise, mas sim integrado com os parceiros e as comunidades. Resumindo, o prepúcio não é uma questão que diga respeito apenas aos homens do mesmo

modo que o processo de “se fazer homem” em qualquer sociedade do mundo. As mulheres interagem de diferentes posições, mães, noivas, esposas, sogras, parceiras sexuais, amigas, irmãs, filhas... e não são irrelevantes, mesmo nos patriarcados mais sólidos.

Na literatura revista existem poucos estudos sobre a aceitabilidade pelas mulheres em relação à circuncisão masculina na prevenção do HIV (Mattson et al. 2005 e Scout et al. 2005). Tendo em conta que a aceitabilidade é um atributo condicionado pela informação que recebe o informante sobre o objecto ou tema em questão, pode resultar especialmente variável e instável. A fiabilidade dos resultados, então, dependerá, para citar algumas condicionantes, da qualidade da informação que o informante utiliza, da forma como lhe foi apresentada, do número de respondentes,

da metodologia com que se investiga e da forma como se conduz ou do contexto em que se realiza o estudo.

Nesta situação é inquietante o efeito que as circuncisões masculinas podem ter sobre a já limitada capacidade das mulheres nessa negociação, quando a circuncisão apenas proporciona uma protecção limitada e outros métodos complementares de prevenção como o uso do preservativo, ou mesmo a abstinência e a fidelidade, também ficam sob o controlo masculino.

Na África Subsaariana, onde a principal via de transmissão do HIV é a heterossexual por via do coito, as mulheres constituem 59% dos adultos infectados (ONUSIDA 2006). Aprofundando mais a informação, é a região do mundo onde vivem quase três quartos de todos os jovens seropositivos, aproximadamente 6,2 milhões de pessoas cuja idade oscila entre 15 e 24

anos, das quais 75% são mulheres. A crescente feminização da epidemia HIV, não só se reflecte no número cada vez maior de mulheres infectadas, mas também na inter-relação do SIDA com o estatuto da mulher no grupo familiar e social.

Existe o consenso geral em assinalar que algumas inequidades fundamentais de género facilitam a expansão da epidemia ou agravam-se por sua causa, tornando as mulheres mais vulneráveis, pelo que remeto para o capítulo de Loforte neste mesmo livro. Aqui só tentarei dar algumas pinceladas no que se refere ao impacto nas desigualdades de género que uma política destinada à implantação das circuncisões masculinas, como recurso preventivo da transmissão do vírus HIV, poderia gerar.

A dificuldade das mulheres em negociar relações sexuais sem risco é consequência das desigual-

dades de poder nas relações entre homens e mulheres. Nesta situação é inquietante o efeito que as circuncisões masculinas podem ter sobre a já limitada capacidade das mulheres nessa negociação, quando a circuncisão apenas proporciona uma protecção limitada e outros métodos complementares de prevenção como o uso do preservativo, ou mesmo a abstinência e a fidelidade, também ficam sob o controlo masculino.

Alguns estudos valorizaram o efeito desinibidor das circuncisões masculinas em relação às condutas sexuais de risco. Agot et al. (2006) concluem que durante o primeiro ano após a cirurgia os homens circuncidados não tiveram mais comportamentos de risco do que os não circuncidados. Não obstante, considerando que a circuncisão providencia efeito protector parcial, adquire especial interesse o estudo da contraparte feminina, com a qual os “insucessos” da circuncisão puderam manter relações sexuais após ter adquirido o HIV, e a influência que teve a circuncisão na negociação do sexo seguro, se é que a houve.

Voltando a um tema já discutido, mas oportuno neste contexto, talvez esta seja uma das grandes diferenças “de facto” que existe em relação às vacinas. O pênis circuncidado pode operar como certificado corporal e pessoal de pertença ao grupo dos que têm menor risco de adquirir o HIV, ou inclusivamente ao grupo dos “vacinados” entre os quais 50% têm probabilidades não apenas de adquirir o HIV, mas também de o transmitir.

A apropriação social do “efeito vacina” poderia ter consequências na feminização do SIDA, aumentando a vulnerabilidade das mulheres e o estigma. Em numerosas sociedades africanas diversas doenças são atribuídas à mulher, à sua família de origem ou aos seus antepassados. Neste contexto o estigma e a culpabilização estão estritamente relacionados e costumam afectar os sectores mais frágeis da sociedade, geralmente a mulher jovem que ainda não consolidou o seu estatuto social no grupo (75% dos afectados pelo HIV na África Subsahariana). Assim, a “generização” da culpa (atribuição da culpa ao género feminino), fenómeno que desde há vários anos forma parte do debate sobre género e HIV (Leclerk Madlala 2001), pode ver-se negativamente influenciada.

A Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com HIV/SIDA (ICW) comunicou a partir da Suazilândia a sua consternação perante uma campanha oficial para a prevenção do SIDA.

“The campaign is enforcing that women are responsible for the high incidence of HIV in the country as they are the ones spreading it” (ICW 2006).

Relativamente a esta campanha a ICW alega que se culpabiliza a mulher porque, a quem, costuma ser a primeira a conhecer a sua situação, geralmente nos controlos pré-natais, e qualifica a campanha de sexista e de promover a feminização da pandemia. No mesmo documento destacam-se diversas carências no plano estratégico para o HIV/SIDA, aprovado pelo governo da Suazilândia em 2006, referentes às pessoas que vivem com o vírus ou com a doença, tais como a falta de acesso universal e equitativo aos cuidados e tratamento, a falta de compromisso para que participem no desenho, planificação e implementação de acções dirigidas ao HIV/SIDA a nível nacional, a ausência de medidas legislativas para proteger as mulheres e as crianças da sua vulnerabilidade à infecção, e a ausência de legislação que reconheça e proteja o direito dos afectados pela pandemia.

A Suazilândia é um dos países com a maior prevalência de HIV do mundo, 33,4% nos adultos, e 39% nas mulheres jovens dos 15-24 anos, atendidas nas consultas pré-natais (UNUSIDA 2006). É o primeiro país que incluiu a circuncisão masculina no novo Plano Estratégico Nacional HIV/SIDA, com a perspectiva de apoiar uma escalada dos serviços a nível nacional porque se espera um aumento muito significativo da procura desta intervenção (Simelane e Halperin 2006, Tsela e Halperin 2006).

A Namíbia, tal como a Suazilândia, é outro dos países com uma das mais altas prevalências de HIV, 19,6 % nos adultos, chegando a 43% nas mulheres grávidas em algumas regiões do país (ONUSIDA 2006). Na Namíbia, existe uma iniciativa Parlamentarians for Women Health destinada a melhorar o acesso das mulheres e raparigas aos serviços de saúde, especialmente ao tratamento para o HIV/SIDA, à prevenção, aos cuidados e ao aconselhamento. Também existe uma delegação regional do ICW.

Jennifer Gatsi, membro de ambas entidades, manifesta a sua preocupação (e-mail à autora, 10 de Janeiro de 2007) sobre as circuncisões masculinas como medida de prevenção para o HIV. Ela explica que se esta política não for conduzida cuidadosamente, e com a informação correcta, de forma a que os benefícios sejam aceitáveis tanto para homens como para mulheres, uma boa parte do progresso atingido em temas que afectam

as mulheres e as raparigas pode retroceder ao ponto de partida. Entretanto, alguns costumes antigos e perigosos podem encontrar vias para a sua reintrodução, o jogo da culpa pode intensificar-se, as relações de género podem sofrer uma deterioração, e a tomada de decisões pelas mulheres sobre o sexo seguro pode ver-se seriamente afectada.

Estes são, provavelmente, exemplos paradigmáticos para se perguntar sobre as consequências directas e indirectas, entre as mulheres, de um programa de expansão das circuncisões e, muito especialmente, apresentar-se um plano de controlo amplo e crítico das mensagens destinadas a promovê-lo.

Um dos factores que dificulta a entrada do HIV, para além da excisão do prepúcio e em consequência disso, é a queratinização secundária da glândula devido à exposição e ao atrito.

Esta modificação histológica que engrossa o epitélio afastando da superfície os terminais sensoriais, e a remoção do tecido erógeno especializado do prepúcio, diminuem a sensibilidade peniana e podem modificar a fisiologia do orgasmo atrasando a ejaculação.

Neste sentido e analisando a aceitabilidade da circuncisão masculina em áreas rurais e urbanas da Zâmbia, Hodgins (2002:9) assume este efeito secundário como um benefício marginal que prolongaria o prazer sexual da mulher, "*as circuncised men are thought to be able to perform longer...*", valorização que parece estar mais influenciada por meio século de feminismo activo no ocidente do que pela realidade africana. De facto, as expectativas sobre o desempenho sexual masculino são, em qualquer parte do mundo, uma construção social e, como tal, são compartilhadas entre homens e mulheres, estão sujeitas a um vasto leque de condicionantes e estritamente vinculada com a reafirmação da masculinidade e as relações de género. Os autores que trabalharam na África Subsaariana como Barker e Ricardo (2006), confirmam que entre os homens jovens as relações sexuais são influenciadas por fortes pressões sociais e são um meio importante para conquistar respeito e estatuto social. Neste contexto, a prova de competência sexual e masculinidade poderia estar relacionada com um maior número de parceiras sexuais e vários orgasmos por relação, como referem estes autores e como indicam os dados preliminares de um estudo etnográfico em Moçambique (Aboobakar

comunicação pessoal), o qual sem dúvida requer um desempenho que não encaixa na teoria de Hodgins.

O Estados Unidos é o único país do mundo que realizou durante décadas a circuncisão masculina como prática rotineira para os recém nascidos em ambiente sanitário, razão pela qual aproximadamente 80% dos homens adultos estão circuncidados. Neste cenário, que seria especialmente propício para analisar a influência da circuncisão na sexualidade masculina, existem no entanto poucas publicações sobre o tema.

Não obstante, aproveitando os casos em que a circuncisão foi realizada em adultos que podem comparar as alterações percebidas na sexualidade, Fink et al. (2002) estudaram 123 homens e identificaram uma pioria na função eréctil e uma diminuição na sensibilidade peniana após o procedimento. Laumann et al. (1997) analisaram informação do National Health and Social Life Survey e detectaram que os homens circuncidados apresentavam uma maior tendência para as práticas sexuais mais elaboradas, como sexo anal, oral e para a masturbação que os homens não circuncidados. Esta observação leva a pensar que se tratam de recursos sexuais para compensar, com o aumento da fricção, a diminuição da sensibilidade peniana.

Em alguns países africanos como na África do Sul, Senegal, Zaire, Camarões, Malawi, Zâmbia, Quênia, Moçambique, Zimbabwe e Nigéria (Orubuloye 1995, Kun 1998, Baleta 1998) foi relatada uma prática sexual denominada "sexo seco" que consiste em secar, estreitar e/ou aumentar a temperatura vaginal antes da relação sexual mediante a aplicação de duches ou de preparações adstringentes, limpeza com panos ou outros agentes físicos. Algumas etnografias referem que os fluidos vaginais são considerados promíscuos, impuros (sujos) e que a sua remoção facilita a fecundação, ou que alguns produtos são utilizados para prevenir infecções. Bagnol e Mariano (2006), num estudo realizado no centro de Moçambique, apresentam uma perspectiva reveladora da própria concepção do corpo feminino, sobre o significado de ser mulher e do que se entende como relações sexuais satisfatórias para mulheres e homens.

Geralmente, as práticas de sexo seco – que aumentam a fricção do pénis durante o coito e facilitam a capacidade orgásmica-, ainda que decididas, aceites e geridas pelas mulheres, tanto no âmbito doméstico como no sexo comercial podem ser condicionadas pela sua vulnerabi-

lidade social e económica no que respeita aos homens, são geralmente dolorosas, produzem lesões na vagina, podem lesar o pénis e constituem um risco potencial na transmissão do HIV e na saúde sexual e reprodutiva.

Nos estudos revistos não existem referências sobre uma possível correlação entre sexo seco e circuncisão, mas sabemos que nas regiões onde se pratica o sexo seco também se pratica a circuncisão masculina. Além dos países africanos que referimos, esta prática estende-se à Arábia Saudita, Indonésia, Malásia, Filipinas e Costa Rica.

Em conjunto, a título informativo e comparando com a prevalência de circuncisão masculina por distribuição geográfica (Drain et al. 2006) 60% dos países onde se descrevem práticas de sexo seco pertence ao grupo dos países com taxa de circuncisão alta (> 80%), 20% ao grupo com taxa média (entre 20 e 80%), e o resto ao grupo que tem taxas baixas de circuncisão (< 20%). Hull e Budiharsana (2001) descrevem em detalhe a prática de sexo seco no sudeste asiático, onde a taxa de circuncisões masculinas também ultrapassa os 80%.

Cabe destacar que um dos estudos sobre esta prática vaginal foi realizado em Orange Farm (Beksinska et al. 1999), lugar onde 5 anos mais tarde se levou a cabo o primeiro ensaio controlado sobre a circuncisão masculina. Os resultados do estudo revelam que 60% dos homens e 46% das mulheres entrevistadas referem sexo seco nas suas práticas sexuais, números que sobem para 87% quando se trata de jovens entre os 15 e os 24 anos.

Noutro estudo, realizado em Meru, Quênia, Schwand et al. (2006) constatam que as práticas de sexo seco e sexo anal são frequentes entre as trabalhadoras do sexo, que raramente utilizam o preservativo como medida de protecção, que ambas práticas estão associadas com doenças de transmissão sexual e que no caso do sexo anal são mais frequentes as relações forçadas.

Em conjunto, a informação disponível sugere que a relação entre circuncisões masculinas e a prática de sexo seco, que convivem em estreita proximidade, deveria ser tema de estudo e análise para contextualizar as circuncisões masculinas em relação à saúde das mulheres e à sua vulnerabilidade ao HIV nas relações sexuais.

Na mesma zona de Meru, no Quênia, habita o grupo étnico do mesmo nome que tradicionalmente pratica a circuncisão ritual aos homens por volta dos 15 anos de idade e às mulheres a partir dos 14 anos. No Htal de Chogoria, situado nesta região, tem-se institucionalizado o ritual de passagem dos Meru (Brown e al. 2001). A circuncisão cirúrgica realizada em meio hospitalar completa-se com o período de isolamento, também institucional, cujos “ensinamentos” foram adaptados ao programa ABC para a prevenção do HIV/SIDA.

A medicalização da cultura, ou seja, a extensão da norma médica às dimensões colectivas e individuais da existência humana, é um fenómeno que se gerou formalmente com a chegada da teoria bacteriana e se consolidou durante mais de um século de racionalismo médico. A consequência evolutiva do processo conduz de forma inexorável à culturalização da medicina, da qual a experiência do Htal Chogoria é um exemplo. Sob a perspectiva antropológica, tratar-se-ia apenas de uma expressão sintomática da medicina moderna como sistema cultural, do mesmo modo que são sistemas culturais as outras medicinas com as quais compartilha espaço no pluralismo médico africano.

De facto a circuncisão masculina tem um amplo curriculum nas arenas da medicalização da cultura, que começa na própria concepção e legitimação sanitária do conceito de “higiene cirúrgica”.

Somente um processo racional voluntarioso que transforme em “higiene” ou “limpeza” o conceito de “pureza” concebido no âmbito ritual, poderia explicar a inexplicável amnésia dos 3900 anos que medeiam entre Moisés e Pasteur.

Mas ignorando estas questões epistemológicas, o conceito de “higiene cirúrgica” procura espaço há mais de um século como membro legítimo da comunidade científica, para que a circuncisão masculina passe da prescrição ritual à prescrição médica razão pela qual se consolidou como a cirurgia mais frequente e controversa dos Estados Unidos.

Esta história² que data dos finais do século XIX foi detalhadamente pesquisada por Gollaher (2000) num livro cujo título: “Circumcision: A history of the world’s most controversial surgery”, expressa claramente que não se trata de um tema completamente inovador.

Somente um processo racional voluntarioso que transforme em “higiene” ou “limpeza” o conceito de “pureza” concebido no âmbito ritual, poderia explicar a inexplicável amnésia dos 3900 anos que medeiam entre Moisés e Pasteur.

Voltando aos Meru, e tal como se referiu, este povo circuncida as raparigas com o mesmo propósito ritual e de socialização que para os rapazes.

Se bem que nem todos os povos que praticam a circuncisão masculina intervêm nos genitais femininos, pode dizer-se que todos os povos que realizam a excisão feminina em qualquer de seus tipos, como no caso dos Meru, praticam a circuncisão masculina como contraparte (Alvarez Degregori 2001). Dito isto, quando se fala de circuncisões masculinas rituais, chama a atenção uma constante significativa: a omissão da sua contraparte feminina, uma omissão contextual que não é um facto isolado.

No quadro das políticas destinadas à erradicação da Mutilação Genital Feminina (MGF), também chama a atenção a omissão sistemática de qualquer menção às circuncisões masculinas que as acompanham e a ausência de relatórios etnográficos que dêem razões para a dualidade masculino/feminina da intervenção genital.

Pelo contrário, e seguramente causa das omissões existe um interesse manifesto em dissociar ambas as práticas. Durante um seminário em Burkina-Faso (United Nations 1991) denominado Práticas Tradicionais que Afectam Mulheres e Raparigas recomendou-se:

...ensuring that, in mind of people, male circumcision and female circumcision be dissociated, the former as procedure for hygienic purposes, the latter, excision, as a serious form of assault on the women's physical integrity.

A partir desta clara vontade que omite a perspectiva etnográfica com uma decisão quase prescritiva, qualquer menção que questione a sua lógica ou que vincule ambas as práticas, femininas e masculinas, resulta no mínimo incómoda.

Stallings e Karugendo (2006), no entanto entram tangencialmente no tema ao detectar uma diminuição do risco de infecção por HIV nas mulheres

circuncidadas entre um total de 5297 mulheres participantes num estudo na Tanzânia. Este resultado, que os autores qualificam como um “enigma”, talvez pela cautela que o caso impõe, não é especialmente surpreendente quando em muitos daqueles territórios com uma menor prevalência de HIV, que foi relacionada com a circuncisão masculina, também se pratica a excisão feminina. Seguramente ninguém se atreveria a especular que a MGF poderia prevenir a transmissão homem-mulher do HIV, nem que se trate de uma prática que poderia reforçar o ponto de vista da abstinência especialmente valorizada em alguns programas. Precisamente por isso, deveria ter a capacidade de chamar à reflexão crítica e reforçar a necessidade de se aprofundar em estudos comparativos, sistemáticos, e cientificamente consistentes em ambas práticas para superar o escasso nível de conhecimento e a falta de perspectiva contextual que nem se questiona em não poucos programas de saúde.

Existe uma preocupação justificada nos *policy makers* de que a promoção e a medicalização da circuncisão masculina complique as campanhas de erradicação da MGF nos lugares onde se realizam ambas as práticas. Preocupação justificada, porque sob a perspectiva émica, seguramente seja muito mais complexo dissociar as duas tradições, tão próximas, do que numa “reunião de peritos”.

Existe uma preocupação justificada nos *policy makers* de que a promoção e medicalização da circuncisão masculina complique as campanhas de erradicação da MGF nos lugares onde se realizam ambas as práticas. Preocupação aceitável, porque sob a perspectiva émica, seguramente seja muito mais complexo dissociar as duas práticas tão próximas do que numa “reunião de especialistas”.

Paradoxalmente as campanhas de direitos humanos destinadas à erradicação da MGF e à sensibilização da opinião pública em todo o mundo, puseram em dificuldades as circuncisões masculinas não terapêuticas que se realizam aos rapazes nos países mais ricos, sejam de índole religiosa, ritual, cultural, ou como se pratica nos Estados Unidos e noutros países, como prática de saúde rotineira nos recém nascidos.

Um número muito significativo de organizações civis (ver Internacional Coalition for Genital Integrity) nas quais participam médicos, enfermeiras, juristas, afectados, grupos religiosos críticos e outros actores sociais, incluindo tanto homens como mulheres mobilizaram-se a partir dos Estados Unidos e de outros países ricos do mun-

2 Também se pode encontrar uma cronologia histórica detalhada da circuncisão masculina em <http://www.circinfo.org/chronology.html>.

do para incluir aquelas circuncisões masculinas realizadas a menores de idade e sem indicação terapêutica dentro da mesma agenda de direitos humanos que para a MGF. A finalidade consiste em reclamar para os rapazes de qualquer parte do mundo as mesmas garantias físicas e psicológicas reconhecidas para as raparigas. Nesta linha apresentaram-se numerosas propostas em diversas instâncias legislativas e normativas (MGBill.org). Paralelamente e no final de 2001, a Suécia foi o primeiro país que legislou as circuncisões masculinas não terapêuticas, e no seguimento da morte de um menor devido às complicações de uma circuncisão religiosa.

Neste contexto poder-se-ia dizer que a recomendação da circuncisão masculina para a prevenção do HIV na África Subsaariana, parece tangencialmente oportuna para contrariar os efeitos na opinião pública dos países mais ricos, de um debate especialmente delicado. Uma circunstância que não se deveria omitir na análise global das circuncisões masculinas na África Subsaariana, porque amplia necessariamente o ângulo de observação também ao terreno ideológico e político e às relações norte/sul.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A implementação das circuncisões masculinas como estratégia de prevenção do HIV no lugar do mundo mais castigado pela pandemia, apresenta uma alternativa possível e pela mesma razão um enorme desafio ético para os responsáveis de programas destinados ao controlo da pandemia.

A falta de perspectiva contextual e de participação interdisciplinar que dominam a plataforma de lançamento de políticas de saúde destinadas à escalada das circuncisões masculinas, permitiram omissões substanciais que podem ter consequências particularmente desfavoráveis para as mulheres e raparigas e influências negativas com um efeito bumerangue nos resultados esperados; consequências essas relacionadas com o acesso aos serviços de saúde, com as relações de género, com a capacidade e necessidade das mulheres de decidir a favor de relações sexuais seguras, com a feminização da culpa e com o estigma.

O discurso circuncidador, escudado num perfil claramente biomédico, para além de evidenciar uma ausência notável de abordagem de género, omite outras realidades como a construção social da masculinidade, que incide decisivamente no binómio homem/mulher ou na maneira de relacionar-se sexualmente, e por conseguinte nos comportamentos que favorecem ou inibem a expansão da doença.

Com o fim de gerar uma mudança da maneira de olhar e dado o âmbito idóneo em que se apresenta este livro, considero especialmente recomendável e urgente promover estudos sobre as circuncisões masculinas sob uma perspectiva interdisciplinar no âmbito das ciências sociais, envolvendo as mulheres activistas dos países mais afectados pela pandemia.

Estudos que analisem aqueles factores esquecidos, omitidos ou delocados na abordagem biomédica e que foram salientados neste capítulo, e que analisem muito especialmente, o impacto que uma política orientada para a expansão das circuncisões masculinas, possa ter na condição social das mulheres e das raparigas e na sua vulnerabilidade perante o contágio do vírus.

O discurso circuncidador, escudado num perfil claramente biomédico, para além de evidenciar uma ausência notável de abordagem de género, omite outras realidades como a construção social da masculinidade, que incide decisivamente no binómio homem/mulher ou na maneira de relacionar-se sexualmente, e por conseguinte nos comportamentos que favorecem ou inibem a expansão da doença.

7. REFLEXÕES, COMENTÁRIOS E CONTRIBUIÇÕES À EXPOSIÇÃO DE C. ÁLVAREZ

- O objecto de estudo são as políticas e as estratégias para a prevenção do SIDA, uma abordagem pouco frequente em antropologia médica.
- Debate sobre o papel da “moda” e a “politização” do prepúcio no aumento da procura das circuncisões masculinas em áreas onde não era tradicional.
- Debate sobre a relação ciência / ideologia nos programas de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agot K, J. Kiare, H. Nguyen, J. Odhiambo, T. Onyango and N. Weiss,

2006 *Circumcision in Siaya and Bondo districts, Kenya: a perspective cohort study to assess behavioural desinhibition following circumcision*. Trabalho apresentado em AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 Agosto

Alvarez Degregori M C.,

2001 *Sobre la Mutilación Genital Femenina y otros Demonios*. Publicacions d'Antropologia Cultural 19. Bellaterra. Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.

Atashili J,

2006 *Adult male circumcision to prevent HIV?* International Journal of Infectious Diseases 10:202-205

Auvert B, D. Taljaard, E. Lagarde,

J. Sobngwi-Tambekou

R. Sitta and A. Puren,

2005 *Randomized, Controlled Intervention Trial of Male Circumcision for Reduction of HIV Infection Risk: The ANRS 1265 Trial*. PLoS Med 2(11): e298.

Baleta A.,

1998 *Concern voiced over "dry sex" practices in South Africa*. The Lancet 352:1292

Bagnol, B. y E Mariano,

2006 *Genital Modification, Eroticism and Sexual Pleasure: Notions of the body and sexual health of women in Tete province of Mozambique*, Journal Culture, Health and Sexuality (no prelo)

Barker G. Y C. Ricardo,

2005 (Junho) *Young men and the Construction of masculinity in Sub-saharian Africa: Implications for HIV/AIDS, Conflict, and Violence*. Social Development papers. Conflict Prevention and Reconstruction. Social Development Department. The World Bank. Paper Nº 26/

BBC,

2006, 13 Dezembro. *Health Male Circumcision "cuts" HIV risk*. BBC News17:38

GTM

Documento electrónico. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/6176209.stm> consultado em 30 de Dezembro de 2006.

Beksisnka M, H. Rees,

I Kleinschmidt, J. McIntyre,

1999 *The Practice and prevalence of dry sex among men and women in South Africa: a risk factor for sexually transmitted infections?* Sexually Transmitted Infections, 75:178-180

Bongaarts J, P. Reining, P. Way and F. Conant,

1989 *The Relationship Between Male Circumcision And HIV Infection in African Populations*. AIDS, 3(6): 373-377

Brown J, KD. Micheni, E. Grant,

J. Mwenda y I. Muthiri,

2001 *Varieties of male Circumcision: a study from Kenya Sexually Transmitted Diseases*. 28:608-12

Caldwell, J. C. y P.Caldwell,

1996 (March) *The African AIDS epidemic*. Scientific American. 274(3): 40-46

Castilho E.A, C. Boshi-Pinto y M.D. Guimaraes,

2006 *Male Circumcision and HIV heterosexual transmission*. Trabalho apresentado em AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 Agosto

Cold JC y J.R. Taylor.,

1999. *The Prepuce*. British Journal of Urology Int. (Suppl 1):34-44

Chaya N, y K-A Amen

2002 *Condoms Count Cómo satisfacer la necesidad en la era del VIH/sida* Population Action Internacional. Documento eletrônico. http://www.populationaction.org/resources/publications/condomscout/downloads/CondomsCount_Spanish.pdf. Acedido em 19 dezembro 2006

De Vicenzi, I y T. Mertens,

2004 (Fevereiro) *Male Circumcision: a role in HIV prevention?*. AIDS, 8 (2): 153-160.

Drain PK, D.T. Halperin, J.P. Hughes,

J.D. Klausner y R.C. Bailey.,

2005 *Circumcision, religion, and infectious diseases: An ecologic analysis of 118 developing countries*. BioMedCentral Infectious Diseases, 6:172-175

GAO (United States Government

Accountability Office)

2006. REPORT TO CONGRESSIONAL COMMITTEES. GLOBAL HEALTH Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President's Emergency Plan for AIDS Relief. Documento eletrônico. <http://www.gao.gov/new.items/d06395.pdf>. Acedido em 23 dezembro 2006

Girard F,

2004 *Global Implications of U.S. Domestic and International Policies on Sexuality*. IWGSSP Working Papers, No. 1, June. Documento eletrônico <http://www.mailman.hs.columbia.edu/cgsh/IWGSSPWorkingPaper1Spanish.pdf>. Acedido em 22 de dezembro 2006

Gollaher D,

2000 *Circumcision: A history of the world's most controversial surgery*, New York, Basic Books, 2000

Groeneveld A.E, D. Halperin y L.T.Kanya,

2006 *Male circumcision and HIV transmission: changing concepts in Swaziland* Trabalho apresentado em AIDS 2006 - XVI International AIDS Conference. (Toronto. Canadá) 13-18 Agosto.

Halperin, D.,

1999 *Dry sex practices and HIV infection in the Dominican Republic and Haiti* Sexually Transmitted Infections, 75:445-446

Halperin D.,

2000. *The case of circumcision*. Entrevistado por Gordy Slak em Eastbay Express, 15 de Maio de 2000.

Halperin D.,

2001. *The Great Circumcision Debate with Daniel Halperin*, PhD. WEB.MD. Chat transcriptos. Documento eletrônico. Acedido em 19 de agosto 2006.

Hodgins S.,

2002. *Findings from focus groups in Lusaka and a nearby rural área in Zambia* USAID Zambia. Male Circumcision: Current epidemiological and Field Evidence. Program and Policy Implications For HIV Prevention and Reproductive Health. Conference Report. pp 10-11 Hull T.H y M. Budiharsana, 2001 (Novembro) Male Circumcision and Penis Enhancement in Southeast Asia: Matters of Pain and Pleasure. *Reproductive Health Matters*, 9(18):60-64

ICW,

2006 (26 de Julho) *ICW dismayed at recent prevention campaign in Swaziland*. Documento electrónico <http://www.icw.org/node/207>. Acedido em 29 de Novembro de 2006

International Coalition for Genital Integrity.,

2006 Memeber Organizations. Documento electrónico <http://www.icgi.org>. Acedido em 22 de Outubro.

Kun, K.,

1998 (Junho) *Vaginal drying agents and HIV transmission*. *International Family Planning Perspectives* 24(2): 93-94

Laumann E, Masi C

y E. Zuckerman,

1997 (2 de Abril) *Circumcision In The United States* Prevalence, Prophylactic Effects, and Sexual Practice. *Journal of the American Medical association*, 277 (13):1052-1057
Leclerc Madlala S., 2001 *Demonising women in the era of AIDS: An analysis of*

the Gendered Construction of HIV/AIDS in KwaZulu-Natal. Mbali. M. "The Key Shift" (Durban:University of Natal) Durban, 58-62.

Lee Jong-wook,

2005 (18 March) *The Lancet*. 365: 1005-1006

Mattson C. L, R. C. Bailey, R. Muga,

R. Poulussen y T.Onyango,

2005 Acceptability of male circumcision and predictors of circumcision preference among men and women in Nyanza Province, Kenya. *AIDS Care* 17(2):182-194

MGMbill.org.,

2006. *A Bill to End Male Genital Mutilation in the U.S*. Documento electrónico E:\MaleCircumcision\MGMbill_org submit to congress.htm. Acedido em 27 de Novembro.

Moses S, J. E. Bradley, N. J.Nagelkerke,

A. R. Ronald, J. O. Ndinya-Achola y

F. A. Plummer,

1990 (september) *Geographical Patterns Of Male Circumcision Practices In Africa: Association With HIV Seroprevalence*. *International Journal or Epidemiology* 19 (3) 693-697

Ntozi J.,

1995 *Using Circumcision to prevent HIV infection in sub-saharan Africa: the view of an African*. En *The East African AIDS epidemic and absence of male circumcision: whats the link?*. Forum: *Health Transition Review* 5: 97-117

OMS,

2006 (July). *Demand for male circumcision rises in a bid to prevent*. *Bulletin of the World Health Organization* 84(7): 505-588

OMS,

2006 (Agosto) WHO HIV/AIDS treatment data.

OMS,

2006 *Statement on Kenyan and Ugandan trial findings regarding male circumcision and HIV*. Media centre. Statements 2006

United Nations,

1991 *United Nations Report of the Seminar related to Traditional Practices affecting the Health of Women and Children*, Ouagadougou, Burkina Faso, Apr.29-May 3, 1991, E/CN.4/Sub.2/1991/48, Jun.12, pp 9.

ONUSIDA. OMS,

2006. *Situacion de la Epidemia de SIDA*. Dezembro

Orubuloyea I.O, P .Caldwell

y J. Caldwell,

1995 *A note on suspect practices during the AIDS epidemic: vaginal drying and scarification in southwest Nigeria* *Health Transition Review, Supplement to 5: 161-165*

Parker R.,

2001 *El Poder en las relaciones Sexuales. Inicio de un diálogo entre profesionales en salud reproductiva.* Population Council.IGWG, IPPF pp9

Parliamentarians for Women's Health.,

2006 Documento electrónico <http://www.womens-healthcare.org/article/articlestatic/40/1/1/>. Acedido em 19 de Outubro

Schwandt M, Ch. Morris, A.Ferguson, E. Ngugi y E.Moses,

2006 (21 junho) *Anal and dry sex in commercial sex workers, and relation to risk for sexually transmitted infections and HIV in Meru, Kenya.* Sexually Transmitted Infections; 82:392-396

Scott B.E, H.A. Weiss y J.I.Viljoen,

2005 (abril) *The acceptability of male circumcision as an HIV intervention among a rural Zulu population, KwaZulu-Natal, South Africa .* AIDS Care 17(3):304-313.

Siegfried N, M .Muller, J. Volmink, J. Deeks, M. Egger, N. Low, H. Weiss, S .Walker, P .Williamson,

2003 *Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men* (Cochrane Review). Em: The Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.

Simelane D y D. Halperin,

2006 *A pilot community- based program for addressing the growing demand for safe and affordable male circumcision/male reproductive health services in Mbabane Swaziland*". Trabalho apresentado em AIDS 2006- XVI International AIDS Conference (Toronto. Canadá). 13-18 Agosto

Stallings RY y E. Karugendo,

2006 *Female circumcision and HIV in Tanzania: for better or for worse?*. Trabalho apresentado em AIDS 2006- XVI International AIDS Conference (Toronto. Canada) 13-18 Agosto The Lancet HIV prevention policy needs an urgent cure. Editorial The Lancet, (367) Issue 9518: 1213-1213

Thomas AG, L.N. Bakhireva, S.K. Brodine y R.A Shaffer.,

2006 *Prevalence of male circumcision and its association with HIV and sexually transmitted infections in a U.S. navy population.* Trabalho apresentado em AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 Agosto

UNAIDS,

2004 Report on the Global AIDS Epidemic UNESCO, SIDA y Cultura. El proyecto "Un enfoque cultural de la prevención y la

atención del VIH/SIDA". On line http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=2932&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

Van Howe,

1999 *Circumcision and HIV infection: review of the literatures and meta-análisis.* International Journal of STD and AIDS 10:8-6

Way A, V. Mishra, R. Hong y K. Johnson,

2006 *¿Is male circumcision protective of HIV?.* Trabalho apresentado em AIDS 2006. XVI International AIDS Conference (Toronto Canadá) 13-18 Agosto

WHO, UNAIDS

2007. WHO and UNAIDS announce recommendations from expert consultation on male circumcision for HIV prevention. HIV/AIDS- HIV/AIDS Media Centre. 28 of march. Documento eletrônico <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr10/en/index.html> Acedido 30 março 2007

Weiss H, M. Quigley, R. Hayes.,

2000. *Male circumcision and risk of HIV infection in sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis.* AIDS 14: 2361-2370.

CONCLUSÕES GERAIS

Susan M. DiGiacomo
Universitat Rovira i Virgili
University of Massachusetts at Amherst

Este livro foi construído através de um processo de diálogo extraordinariamente intenso e produtivo ao longo de uma semana, que tive o privilégio de moderar e registar em finais de Novembro de 2006. No decurso dos dois primeiros dias dessa semana, os autores apresentaram os seus capítulos em esboço aos colegas, tendo-os discutido entre si, formulando perguntas, dando sugestões e fazendo comentários. Na quarta-feira dessa mesma semana, os autores trabalharam sozinhos nos seus capítulos, modificando-os à luz das perguntas e comentários que os colegas tinham feito. Os últimos dois dias da semana foram dedicados a uma segunda ronda de apresentações, em que os autores falaram das mudanças que introduziram nos seus capítulos, como resultado da discussão havida nos dois primeiros dias e em que os colegas tiveram a oportunidade de reagir às mudanças feitas. Na sexta-feira à tarde, após a apresentação e discussão de cada capítulo revisto, o grupo dedicou a última hora à elaboração de algumas conclusões gerais resultantes da semana de trabalho. As conclusões que se apresentam em seguida constituem a síntese que fiz das ideias surgidas.

1. O diálogo interdisciplinar é possível e produz novas reflexões. O ‘grupo de trabalho’ integrava diversos cientistas sociais, uns de natureza mais académica, outros de natureza mais aplicada; médicos com experiência significativa em medicina social, saúde pública e cooperação internacional; e activistas. Na construção do presente livro o diálogo esteve presente, quer atravessando fronteiras disciplinares quer no seio destas: entre a medicina, as ciências sociais e o activismo; entre diversas disciplinas das ciências sociais (antropologia, sociologia e geografia); e entre diferentes sub-disciplinas no âmbito de apenas uma única disciplina das ciências sociais. Como Elsa Jacinto, uma das médicas participantes no ‘grupo de trabalho avançado’, expressou, os médicos já não precisam de se sentir sós na luta contra o HIV/SIDA; têm um aliado nas ciências sociais e no seio de activistas que partilham o seu objectivo de tornar o tratamento e a prevenção acessíveis a todos. Com uma aliança deste tipo é assim mais provável que os projectos de investigação formulem os tipos adequados de perguntas, como mostra o capítulo de Arachu Castro.

2. O estudo de factores políticos e institucionais é de primordial importância para o melhora-

mento do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Como a contribuição de Cristiano Matsinhe para este livro demonstra, o valor das ciências sociais não reside apenas no estudo das crenças e percepções daqueles que são Outros culturais, do ponto de vista da biomedicina e da saúde pública ocidentais. As instituições de medicina e do governo em que se concebem as políticas e intervenções para a saúde e as estruturas burocráticas através das quais essas políticas e intervenções são implementadas poderão beneficiar da análise antropológica. Os resultados de tais estudos contêm o potencial para clarificar os processos através dos quais as instituições geram obstáculos ao acesso. Como mostra o capítulo de Cristina Alvarez sobre a circuncisão masculina como meio de impedir a infecção pelo HIV, tanto os profissionais de saúde pública como os profissionais das ciências sociais devem aprender a questionar as políticas de prevenção das agências doadoras internacionais, que podem, não intencionalmente, ter consequências negativas para a saúde da mulher.

3. Nem sempre é fácil aos antropólogos e outros cientistas sociais fazerem ouvir a sua voz junto de responsáveis pela definição e implementação de políticas de saúde, mas tal facto não resulta necessariamente de uma exclusão deliberada. Os profissionais que definem as políticas para a saúde estão sujeitos a muitas e variadas solicitações que reclamam a sua atenção, especialmente quando, como no caso do HIV/SIDA, as apostas são tão elevadas. As fronteiras disciplinares são reforçadas pela estrutura burocrática das universidades e pelas estratégias de publicação necessárias ao desenvolvimento das carreiras profissionais no seu seio, tornando-se neste contexto pouco provável que profissionais das várias disciplinas leiam periódicos fora das suas próprias disciplinas. Se assim acontece com as ciências sociais intimamente aliadas (antropologia e sociologia, por exemplo), as barreiras à circulação regular do conhecimento entre as ciências sociais e as ciências naturais podem ser quase intransponíveis. Como Iqbal Shah exorta, os cientistas sociais deveriam repensar as suas estratégias de publicação e começar a tentar incluir parte do seu trabalho em periódicos que sejam lidos pelos destinatários médicos e da saúde pública que pretendem atingir. Nas palavras de Harriet Birungi, os cientistas sociais precisam

de se tornar “positivamente agressivos” – isto é, agressivos mas de uma forma positiva, não negativa – com o objectivo de serem ouvidos junto dos responsáveis pela definição de políticas.

4 Existem mais pontos de convergência entre a saúde pública e as ciências sociais do que à primeira vista pode parecer. Um destes pontos tem a ver com os constrangimentos institucionais relativamente à investigação sobre a saúde com orientação social. O modelo de avaliação dos projectos de investigação envolvendo sujeitos humanos é extraído directamente das ciências experimentais e é completamente inapropriado, tanto para as ciências sociais como para a saúde pública. Este facto cria obstáculos ao desenvolvimento do conhecimento sobre as realidades sociais que têm importância central no desenvolvimento de estratégias para travar a pandemia do HIV/SIDA. Como Ezekiel Kalipeni relatou a outros participantes do “grupo de trabalho”, o processo de avaliação da investigação envolvendo sujeitos humanos ocorrido na sua universidade forçou a uma mudança no seu plano de investigação. O projecto deveria ter incluído adolescentes, mas os investigadores foram informados que a universidade não concederia fundos para a pesquisa se a idade mínima dos respondentes não subisse para 18 anos. Se não nos informarmos também sobre a experiência de crianças e adolescentes como agentes sociais, ficaremos privados de conhecimento que é necessário para a criação de intervenções mais eficazes. O desenvolvimento de um conjunto de critérios apropriados para a investigação social, envolvendo sujeitos humanos, constitui uma plataforma potencial de cooperação entre a saúde pública e as ciências sociais.

5 As formas abertas e holísticas de activismo podem produzir mudanças reais. A organização TASO no Uganda é um excelente exemplo de como os recursos da sociedade civil podem ser, imaginativa e eficazmente, mobilizados para parcerias com o sector privado e com o governo. Como a contribuição de Noerine Kaleeba mostra, os valores em que a TASO se alicerça – dignidade humana; transparência e prestação de contas a todos os contribuintes financeiros; eliminação da personalização em funções de chefia; obrigação da sociedade em preocupar-se com as pessoas que têm HIV/SIDA; ênfase na restituição da esperança e no melhoramento da qualidade de vida,

não apenas para as pessoas individualmente mas também para as famílias e comunidades inteiras – têm efeitos práticos no aumento da acessibilidade ao tratamento do HIV/SIDA e na prevenção através das unidades de saúde sexual e reprodutiva, especialmente para os sectores mais vulneráveis da sociedade. O holismo na abordagem da TASO deve constituir estímulo para se repensarem as abordagens seguidas pelos serviços de saúde sexual e reprodutiva. Como o capítulo de Harriet Birungi demonstra, a abordagem reprodutiva à sexualidade, entendida como um problema de doença ou como uma questão reprodutiva, deixa de lado, e de maneira irrealista, a necessidade e o desejo sexual. O desafio do futuro será o de ajudar os adolescentes que vivem com o HIV a equilibrar a responsabilidade e o desejo de estabelecerem relações íntimas e de constituírem famílias.

6 Como as contribuições de Joanne Wreford e Susan Levine mostram, o activismo e a investigação são actividades compatíveis e as intervenções médicas não se limitam às que existem através das instituições da biomedicina ocidental. O pluralismo médico, como Joan Muela argumenta no seu capítulo, é a regra e não a excepção; e a exploração das intercepções e interacções entre diferentes tradições de cura e representações da doença convida-nos a pensar de modo diferente: examinar a lógica cultural que articula elementos num processo complexo de procura de saúde, em vez de rejeitar, de forma simplista, a cura tradicional como obstáculo a cuidados médicos efectivos ou a realçar estritamente um conjunto de “factores” causais que se combinam para produzir um determinado desfecho.

7 O poder e o género estão intimamente associados na transmissão da infecção por HIV, como manifesta o capítulo de Arachu Castro. O reconhecimento de vulnerabilidades especiais na mulher africana não deve, contudo, fazer com que as imaginemos como vítimas passivas, negando-lhes a mediação e voz, representando-as de modo homogéneo como mulheres africanas Outras. São actores sociais interagindo com outros actores sociais, como argumenta Ana Loforte. Este reconhecimento ajuda a abrir espaços de diálogo que rompem silêncios, desmantelam o estigma associado ao HIV/SIDA e facilitam o acesso à prevenção e tratamento.

8 A biomedicina (incluindo as intervenções de saúde pública e educação sanitária) tende a abordar a doença como problema individual a ser tratado numa base individual. O que os capítulos deste livro mostram é que tal abordagem nunca servirá para ajudar a travar a pandemia do HIV/SIDA na África Subsaariana. Somente uma abordagem multifacetada, que tome em consideração o contexto social e cultural da doença e das intervenções que a criam podem travá-la. O contexto é amplo e, como o capítulo de Ezekiel Kalipeni demonstra, inclui não só práticas culturais locais mas também processos a nível macro tais como a história da exploração colonial em África e as consequências que dela resultam a longo-prazo: a pobreza, a instabilidade política, a migração da força-de-trabalho e a deslocação das populações.

9 Uma perspectiva combinada em termos de saúde pública-ciências sociais deve tornar-se a regra e não a excepção. Este “grupo de trabalho” tenciona ser um modelo nesta direcção e contribuir para o desenvolvimento e exploração permanentes de um espaço partilhado de pesquisa e intervenção. A maior parte dos participantes do grupo de trabalho já se tinha encontrado anteriormente em Abril de 2006 em Barcelona na conferência VITA sobre o HIV/SIDA na África Subsaariana. No final desta conferência os participantes acordaram espontaneamente que se deveriam manter em contacto e deveriam buscar novas oportunidades para continuarem a trabalhar em conjunto. Alguns meses mais tarde, os participantes do grupo trabalharam em conjunto durante uma semana neste livro, igualmente convencidos de que era necessário continuar e com uma agenda que, embora em estágio inicial, está aberta a futuros projectos colectivos.

CONTACTOS DOS MEMBROS DO GRUPO DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR

- **Elizabeth Madraa**,
emadraa@yahoo.com
- **Cristiano Matsinhe**,
cmatsinhe@kula.co.mz
- **Ana Maria Loforte**,
analoforte@yahoo.com
- **Harriet Birungi**,
hbirungi@pcnairobi.org
- **Ezekiel Kalipeni**,
kalipeni@uiuc.edu
- **Jayati Ghosh**,
Jghosh@dominican.edu
- **Lucy Mkandawire-Valhmu**,
mkandawi@uwm.edu
- **Elsa Jacinto**,
ejacinto@dnsdee.misau.gov.mz
- **Noerine Kaleeba**,
nkaleeba@yahoo.com
- **Susan Levine**,
slevine@humanities.uct.ac.za
- **Arachu Castro**,
Arachu_Castro@hms.harvard.edu
- **Joanne Wreford**,
jow@unwembi.co.za
- **Joan Muela Ribera**,
juan.muela@uab.es
- **Iqbal Hussain Shah**,
shahi@who.int
- **María Cristina Álvarez Degregori**,
cristinalvarez_projectes@yahoo.es
- **Susan M. DiGiacomo**,
susan@anthro.umass.edu

realizado por



com o apoio de

