

Agir cedo para evitar o SIDA: *O caso de Senegal*



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • UNDCP
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Colecção Boas Práticas da ONUSIDA
MATERIAL ESSENCIAL

ONUSIDA

COLEÇÃO BOAS PRÁTICAS

Agir cedo para evitar o SIDA: O caso de Senegal



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • UNDCP
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

ONUSIDA
Genebra, Suíça
Junho 1999

R e c o n h e c i m e n t o

Este relatório foi escrito por Elizabeth Pisani e coordenado por Michel Caraël, com as contribuições de Ibrahim Ndoye, Nicolas Meda, Souleymane M'Boup, Alpha Wade, Salif Ndiaye, Cheikh Niang, Fatou Sarr e Idrissa Dioup.

ONUSIDA/99.34E (Original em Inglês, Junho de 1999)

© Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/SIDA (ONUSIDA) 2000. Reservados todos os direitos. Este documento, que não é um documento oficial do ONUSIDA, pode ser livremente comentada, citada, reproduzida ou traduzida,

parcial ou integralmente, desde que se mencione a sua origem. Não poderá ser vendido nem utilizado com fins comerciais sem a autorização prévia por escrito do ONUSIDA (contacto: Centro de Informação da ONUSIDA, Genebra).

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA)
ONUSIDA – 20 avenue Appia – 1211 Genebra 27 Suíça
Telefone: (+41 22) 791 46 51 – Fax (+41 22) 791 41 87
E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>

Reprodução Financiada Pela Embaixada da Dinamarca, em Maputo

Índice

Introdução	5
Fontes de informação	6
Antes do SIDA: A sociedade e as relações sexuais no Senegal	7
Desenvolvimento	7
Organização social	7
O sector de saúde	7
Modelos de casamento	8
Relações sexuais antes do casamento	9
Prostituição	10
A resposta do Senegal ao advento do SIDA	11
Liderança política	11
Liderança religiosa	12
Liderança da comunitária	13
Estar em segurança: Jovens	13
Estar em segurança: trabalhadoras do sexo e seus parceiros	14
A resposta produziu alguma diferença?	16
Conhecimento sobre o SIDA e sobre como evitá-lo	16
Actividade sexual	17
Uso do preservativo	18
Prevalência de doenças de transmissão sexual	19
Prevalência do HIV	20
A resposta do Senegal ao HIV era realmente necessária?	22
Conclusão	24

Introdução

A pesar dos avanços recentes na terapia, o SIDA continua a ser uma doença sem cura. A única maneira de controlar a epidemia e a miséria que ela traz às famílias e às comunidades continua a ser a prevenção de novas infecções de HIV.

Muito foi escrito sobre a importância de intervir cedo para conter a propagação do vírus que causa SIDA antes que este se estabeleça firmemente no seio da população. O centro das atenções continua a ser países como o Uganda e a Tailândia, cujos esforços admiráveis de prevenção foram bem sucedidos na redução dos níveis já galopantes de infecção com o HIV.

Será que não há exemplos de países em desenvolvimento que intervieram cedo para evitar que o HIV se propagasse na população em geral? Não necessariamente. Mas os cientistas têm às vezes evitado sublinhar estes exemplos porque não é possível estar absolutamente certo sobre o que aconteceria se não tivessem tido lugar quaisquer esforços de prevenção. Portanto, se um país intervir cedo e as taxas do HIV permanecerem baixas, é difícil dizer com confiança científica que a baixa prevalência foi definitivamente consequência da intervenção.

Contudo, em alguns casos há evidência sólida de que uma acção atempada contribui de maneira significativa para o comportamento seguro que mantém baixa a infecção do HIV. Este documento descreve a experiência do Senegal, um país da África Ocidental que trabalhou duramente para evitar a propagação do HIV e que manteve um dos mais baixos níveis de infecção na África do Sub-Sahariana. O documento discute a situação no Senegal antes de o SIDA ter começado a propagar-se rapidamente na maior parte da África. O documento fala da maneira como o país reagiu à ameaça da doença e examina se tal reacção tivera algum efeito no comportamento das pessoas e, finalmente, fala sobre as taxas de infecção do HIV no país.

Fontes de Informação

A informação neste documento foi tirada de várias fontes. A maior parte da informação sobre o casamento e a idade da actividade sexual vem de Inquéritos Demográficos e de Saúde (IDS), um programa internacional de pesquisa que faz perguntas a uma amostra representativa nacional de homens e mulheres. No Senegal, os IDS mais recentes foram feitos em 1997.

A informação sobre o comportamento sexual e a utilização de preservativos vem de vários inquéritos sobre o comportamento sexual. O mais exaustivo foi sobre um inquérito aleatório realizado ao domicílio sobre o comportamento sexual, conhecimento e atitudes, feito em 1997 a cerca de 2000 homens e mulheres na capital, Dakar, onde reside cerca de um quarto da população.

Duas fases de inquéritos dirigidos sobre o comportamento – realizados em 1997 e 1998, entre os estudantes e trabalhadoras do sexo, e em 1998, entre os trabalhadores assalariados – proporcionam informação adicional sobre o comportamento sexual e o conhecimento. Os respondentes foram seleccionados aleatoriamente para se obter a maior representação possível dos grupos particulares a serem estudados.

Dados sobre doenças de transmissão sexual (DTS) entre as trabalhadoras do sexo vêm de estudos clínicos especiais realizados em 1991 e 1996. Os dados sobre a prevalência de HIV são providenciados por um sistema regular de testes anónimos de mulheres grávidas nas consultas pré-natais, assim como testes regulares de trabalhadoras do sexo durante observações de saúde e homens que recebem tratamento de DTS.

Dados socioeconómicos e indicadores de saúde são providenciados pelo Banco Mundial.

Outra informação é providenciada pelo Programa Nacional de SIDA e Organizações Não Governamentais (ONG) que trabalham na prevenção do SIDA no Senegal.

As fontes de informação sobre outros países são semelhantes: pesquisas de IDS, inquéritos sectoriais sobre comportamento e atitudes sexuais, estudos publicados e dados nacionais sobre a infecção do HIV.

Antes do SIDA : A sociedade e as relações sexuais no Senegal

Desenvolvimento

O Senegal é um dos países mais pobres do mundo. O rendimento per capita está abaixo de US\$600 por ano e a esperança de vida é baixa. A maior parte dos homens não viverá até aos 50 anos; as mulheres podem esperar viver até aos 52 anos. Apesar dos esforços para aumentar o acesso à educação – o registo nas escolas primárias aumentou 30% para os rapazes e duas vezes mais para as raparigas entre 1980 e 1995 – a alfabetização nos adultos ainda constitui excepção. Cerca de 57 por cento de homens adultos e 77 por cento de mulheres são analfabetos.

Organização social

O Senegal é um país religiosamente coeso. Cerca de 93 por cento da população é islâmica e os outros cinco por cento é cristã. A maior parte das pessoas é participante activa nas actividades religiosas. Tanto os líderes islâmicos como os cristãos promovem activamente normas familiares e sexuais tendentes a reduzir a transmissão do HIV. Mas, indubitavelmente as tradições religiosas contribuem de outras formas para limitar a rápida propagação do HIV no Senegal. Primeiro, a circuncisão é universal, e os homens circuncidados parecem ter menor probabilidade de contrair ou transmitir infecções de transmissão sexual, incluindo o HIV. Em Segundo lugar, o consumo do álcool não é comum, de acordo com a tradição islâmica. No estudo sobre o comportamento realizado em Dakar em 1997, somente três por cento de mulheres e quatro por cento de homens mencionaram terem bebido no mês anterior.

Muita actividade social é organizada em torno de associações religiosas que são activas em muitos campos de desenvolvimento, incluindo a saúde e a educação. Outras organizações comunitárias, tais como grupos de mulheres e clubes de jovens também contribuem para as campanhas de saúde e educação. Eles juntam-se para promover, por exemplo, a imunização ou para combater a malária.

O sector de saúde

O Senegal enfatizou há muito tempo a prevenção e os cuidados primários de saúde como a utilização mais racional dos recursos limitados. Os gastos do sector público feitos na saúde são cerca de US\$1 per capita. Este valor é suplementado pelos fundos dos doadores, mas pelo menos 40 por cento dos gastos com a saúde vêm dos orçamentos das famílias. As famílias pobres no Senegal gastam mais na saúde do que em qualquer outra coisa, com excepção de comida.

A saúde reprodutiva e a saúde da criança são prioridades bem estabelecidas e estão reflectidas nos indicadores de saúde. As taxas de mortali-

dade infantil e de mortalidade de crianças com menos de 5 anos desceu significativamente entre 1970 e 1996. Nesse período, a mortalidade infantil desceu de 135 para 60 por cada 1000 nascimentos, sendo que a mortalidade entre crianças com menos de 5 anos era ainda maior. Os serviços de planeamento familiar estão a expandir-se: a utilização de contraceptivos modernos duplicaram em cinco anos até 1997. O programa de controle de DTS do país vai em breve entrar na sua quarta década. A maternidade segura é activamente promovida, com a maior parte das mulheres grávidas a irem para as consultas para cuidados antes do parto. Isso proporciona uma importante oportunidade para a educação da saúde sexual. Com o advento do SIDA, também proporciona uma infra-estrutura sólida para a monitoria da propagação da infecção.

As ONG estão especialmente activas no campo da saúde – pelo menos um quarto das ONG a nível nacional investem nesta área. Isso foi importante nos anos 1980 e nos princípios da década de 1990 quando a queda da economia e a desvalorização da moeda resultaram no colapso de muitas infra-estruturas de saúde do governo. O número de consultas médicas baixou em oito por cento entre 1978 e 1986, apesar de a população ter crescido em 28 por cento no mesmo período. As ONG viram-se obrigadas a prestar assistência e tornaram-se muito activas em angariar apoio público para as campanhas de saúde.

Foi neste ambiente de aflição económica – um ambiente partilhado por muitos outros países no continente – que o combate ao SIDA foi lançado no Senegal.

Modelos de casamento

Como em muitos países da África Ocidental, a poligamia é comum no Senegal. Em geral, perto de metade das mulheres casadas partilham os seus maridos com outras mulheres. Em sociedades poligâmicas, é uma regra geral que os homens se casem mais tarde que as mulheres (visto que só um pequeno número de homens mais velhos e mais ricos são capazes de obter um maior número de mulheres jovens). Este é particularmente o caso do Senegal, onde metade de todas as mulheres são casadas aos vinte anos, mas metade dos homens ainda permanecem solteiros aos 31 anos. No inquérito sobre o comportamento realizado em Dakar em 1997, das mulheres respondentes estavam casadas em comparação com menos de um terço dos homens respondentes.

As mulheres senegalesas tendem a ser relativamente mais velhas no seu primeiro casamento em comparação com as mulheres de outros países da África, e a idade de casamento tem estado a aumentar nos últimos anos. Há vinte anos, de entre as raparigas com idades compreendidas entre 15 e 19 anos, somente quatro em cada dez estavam ainda solteiras. Em 1997, acima de sete em cada dez permaneciam solteiras nas últimas idades da adolescência. A idade de casamento está a aumentar porque cada vez mais raparigas passam mais tempo na escola do que anteriormente. De facto, as raparigas que não vão à escola continuam a casar-se jovens: metade das raparigas não escolarizadas aos 18 anos já estão casadas. Para as mulheres com o nível secundário ou superior, a idade média de casamento é de 10 anos acima desta.

Para os homens, a educação também faz diferença nos modelos de casamento. Quanto mais instruído for o homem, menor probabilidade tem de ter várias mulheres. Contudo, parece haver um tipo de compensação social para a monogamia formal: mais homens instruídos têm maior probabilidade de ter mais parceiras sexuais, no cômputo geral, do que os homens menos instruídos.

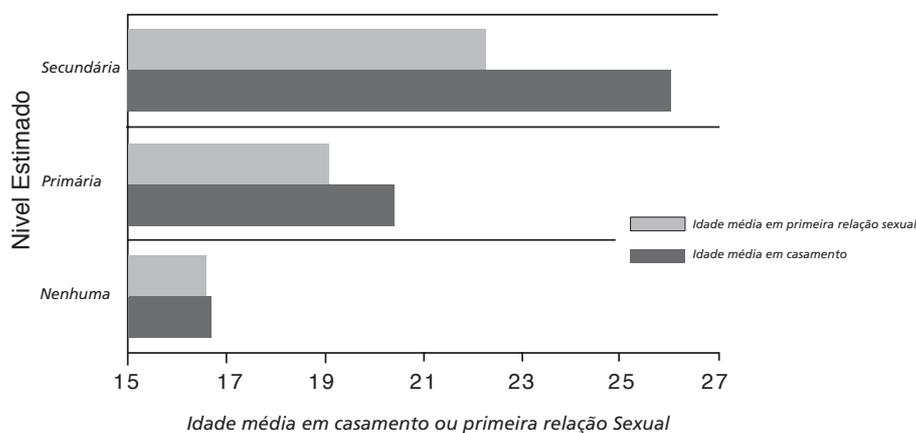
As mulheres casadas no Senegal raramente têm parceiros para além dos maridos. No estudo de Dakar de 1997, 99 por cento das mulheres casadas disseram não ter tido relações sexuais com qualquer outra pessoa além dos seus maridos nos 12 meses antecedentes. Entre os homens, a proporção é maior: cerca de 12 por cento de homens casados disseram ter tido parceiras sexuais que não as suas esposas no ano antecedente. Infelizmente, estes dados não existem para a era pré-SIDA. Contudo, como adiante se discutirá, estas taxas de actividades extra-maritais são baixas comparadas com as que foram encontradas noutros países.

Relações sexuais antes do casamento

Para as mulheres, relações sexuais antes do casamento não eram tradicionalmente comuns. Contudo, houve excepções no Senegal – mulheres que se casaram há algumas décadas reportaram uma idade média para a primeira relação sexual inferior à do primeiro casamento, sugerindo que algumas delas eram sexualmente activas antes do casamento. Nos últimos anos, quer a idade da primeira relação sexual, quer a do primeiro casamento têm estado a aumentar. Mas a idade do casamento está a aumentar mais rapidamente do que a idade da primeira relação sexual. Isso significa que apesar de permanecerem virgens por mais tempo, as mulheres senegalesas têm maior probabilidade de manter relações sexuais pré-maritais do que no passado.

Uma vez mais, a educação é um factor. Para as mulheres sem instrução, a distância entre a idade da primeira relação sexual e a idade do casamento continua pequena, como mostra o gráfico 1. Cada vez mais mulheres com instrução esperam mais tempo para manterem relações sexuais, mas também têm mais anos de relações sexuais antes do casamento do que as menos instruídas. As mulheres com o nível secundário são virgens por pelo menos mais seis anos, em média, do que as mulheres sem instrução, mas casam-se nove anos mais tarde do que as mulheres sem instrução.

Gráfico 1. Idade média do primeiro casamento e da primeira relação sexual para as mulheres actualmente com idades compreendidas entre os 20 e os 49 anos, em função do nível educacional



As mulheres têm uma probabilidade de manter relações sexuais antes do casamento muito menor do que a dos homens. No estudo sobre o comportamento realizado em Dakar, 68 por cento das mulheres disseram que não tinham mantido relações sexuais antes do casamento. Entre os homens, menos de 10 por cento eram virgens à altura do casamento. Isto talvez não seja surpreendente, considerando a média da idade avançada nos casamentos dos homens.

Prostituição

Em muitos países a prostituição foi ignorada até ao advento do SIDA, quando se tornou claro que as trabalhadoras do sexo eram muito vulneráveis à infecção com o HIV e podiam rapidamente passar o vírus para um grande número de pessoas.

Contudo, no Senegal, os serviços para as prostitutas existiam desde que a profissão se tornou legal, em 1969. Desde então exige-se que as trabalhadoras do sexo registadas tenham observação médica regular e recebem tratamento para DTS curáveis sempre que for necessário. Este sistema de registo

A resposta do Senegal ao advento do SIDA

Os primeiros casos reportados de SIDA no Senegal apareceram em 1986, quando seis casos foram identificados. A resposta foi imediata. Foi estabelecido um programa nacional de SIDA e foram rapidamente dados passos para proteger a população contra a exposição desnecessária ao vírus. Em 1987, por exemplo, um sistema fora estabelecido em todas as 10 regiões do país para que todas as unidades de sangue para transfusão pudessem ser testadas quanto à presença de anticorpos ao HIV.

Um forte interesse de uma comunidade científica bem estabelecida ajudou a solidificar a resposta. Os investigadores senegaleses colaboraram com parceiros de outros países no estabelecimento de projectos de pesquisa. Estes projectos geraram dados credíveis muito cedo, dados que podiam ser utilizados para gerar apoio político para uma resposta nesta área difícil.

Liderança política

Enquanto os políticos em alguns países ignoraram a ameaça do SIDA por temerem a alienação dos apoiantes conservadores, iniciando debates sobre relações sexuais sem risco, os políticos no Senegal apoiaram os esforços para confrontar a epidemia. O governo em Dakar era a força propulsora subjacente à declaração sobre o SIDA feita pelos chefes dos estados membros da Organização da Unidade Africana em Junho de 1992. A declaração centrou-se na necessidade de uma liderança política, religiosa e comunitária no combate à epidemia.

O governo sustentou com actos as suas opiniões. Em associação com doadores internacionais, o governo investiu perto de 20 milhões de dólares americanos em programas de prevenção do SIDA entre 1992 e 1996, tendo removido os obstáculos que dificultavam o seu êxito. Por exemplo, um imposto aduaneiro que quadruplicava o preço de preservativos para os consumidores senegaleses baixou para ajudar as campanhas de promoção de preservativos. Apoio político para a liderança do programa nacional do SIDA, liderança que foi notoriamente consistente ao longo do tempo, também contribuiu para uma resposta bem sucedida.

Mais recentemente foram feitos esforços para aumentar o âmbito do apoio político para a prevenção do SIDA. Foram concebidas campanhas de informação para acomodar as necessidades dos membros do parlamento, e em Julho de 1996 realizou-se o primeiro encontro parlamentar sobre o SIDA – uma sessão de informação de dois dias, envolvendo ONG, pessoas vivendo com HIV e muitos outros actores na resposta nacional. Outros grupos de influência, tais como os proprietários dos meios comunicação social, editores e jornalistas, também foram alvos de informação e receberam formação sobre assuntos relacionados com HIV.

Liderança religiosa

Talvez o maior obstáculo para as actividades da prevenção do SIDA em muitos países tenha sido a oposição, ou apenas o medo da oposição das autoridades religiosas. A tendência dos líderes religiosos para prescrever a abstinência e a monogamia mútua perante a incontornável evidência de que este tipo de comportamento nem sempre é a norma foi observada em quase todos os cantos do mundo. O medo de ofender os poderosos fiéis religiosos criou problemas em alguns governos nacionais e por boa razão. *Lobbies* conservadores demonstraram que podem obstruir tudo, desde a educação da família para a vida até à promoção do preservativo, se assim quiserem.

Visto que quase todos os senegaleses são praticantes activos do Islão ou do Cristianismo, os líderes religiosos têm obviamente um papel muito importante na vida nacional. O seu apoio nas actividades de prevenção do HIV era vital para o sucesso das actividades. E estava claro que os líderes religiosos queriam envolver-se nesta área importante. Já em 1989, uma organização muçulmana, Jamra, aproximou-se do programa nacional de SIDA para discutir as estratégias de prevenção do HIV. Embora inicialmente estivesse contra a ideia da promoção do preservativo e alguns outros aspectos da prevenção do HIV, o grupo tornou-se um importante parceiro no diálogo entre os funcionários da saúde pública e os líderes religiosos.

Para compreender melhor as necessidades dos fiéis religiosos, o governo apoiou um inquérito a líderes muçulmanos e cristãos. Os resultados do inquérito mostraram que os líderes religiosos achavam que estavam mal informados sobre o HIV e o SIDA e queriam mais informação que lhes permitisse dar uma orientação mais clara aos seus seguidores. Eles também expressaram reservas em relação ao que estavam preparados para apoiar. Por exemplo, estavam relutantes em apoiar a utilização de preservativos entre os jovens solteiros, mas estavam preparados para apoiá-los no casamento.

Como resposta, foram elaborados materiais educacionais que respondiam às necessidades dos líderes religiosos. Eles centraram-se em parte em testemunhos de pessoas vivendo com SIDA – a face humana da epidemia, muitas vezes escondida onde a prevalência é ainda baixa. Foram organizadas sessões de formação para Imãs e professores de Árabe e foram produzidas brochuras para os ajudar a disseminar informação. O SIDA tornou-se um tópico regular nos sermões das sextas-feiras nas mesquitas em todo o Senegal e figuras religiosas de topo falavam sobre o assunto na televisão e na rádio.

Em Março de 1995, 260 altos líderes islâmicos reuniram-se para uma conferência sobre SIDA. O resultado da conferência foi um claro apoio aos esforços da prevenção do SIDA. Os líderes religiosos afirmaram que o SIDA não era uma retribuição divina para o comportamento imoral. Eles apoiaram os direitos das pessoas vivendo com SIDA, incluindo a utilização do preservativo para proteger da infecção no casamento se um dos parceiros estiver infectado. Além disso, afirmaram que toda a gente devia ter acesso a informação exacta sobre HIV e SIDA.

Entre os cristãos, e especialmente os católicos que se opõem à utilização de qualquer tipo de contraceptivo, no princípio houve muita resistência à

prevenção do SIDA. Contudo, as organizações cristãs são provedoras importantes de serviços de saúde no Senegal e o SIDA claramente ameaçou tornar-se um problema de saúde maior se não fosse evitado. Lideradas por uma ONG católica, SIDA Service, as igrejas gradualmente desenvolveram uma atitude mais colaborante em relação à prevenção. Elas proporcionaram aconselhamento importante e apoio psicológico e frequentemente encaminharam os que estivessem necessitados para fornecedores alternativos onde não houvesse falta, por exemplo, para a provisão de preservativos.

Em Janeiro de 1996, líderes cristãos reuniram-se numa outra conferência sobre o SIDA. Todos os bispos do Senegal participaram. Uma vez mais o resultado foi o consenso de que a prevenção do SIDA era uma actividade nacional importante.

O apoio moral para a prevenção do SIDA concedido pelos líderes religiosos permitiu que as autoridades seculares e de saúde trabalhassem produtivamente na oferta de educação e serviços específicos de prevenção de HIV.

Liderança da comunitária

Como foi mencionado, a sociedade senegalesa tem uma tradição de envolvimento activo da comunidade em questões de saúde e desenvolvimento. Quando se tornou claro que o SIDA era uma ameaça potencial para o bem estar nacional, grupos religiosos, de mulheres e de jovens, assim como outros grupos comunitários estavam bem estabelecidos para dar uma resposta. Em 1995, 200 ONG estavam activas no combate ao SIDA. Mais de 400 grupos de mulheres, com um total de meio milhão de membros também apoiaram actividades relacionadas com o SIDA, que variavam de marchas nacionais sobre o SIDA a espectáculos de marionetes.

Este era, claramente, um novo campo para as ONG e as organizações da comunidade e muitas delas precisavam de apoio no desenvolvimento de capacidades para o trabalho de prevenção do SIDA. Uma ONG de cobertura geral foi estabelecida para providenciar apoio aos membros e para agir como ligação com o programa nacional de SIDA. Providenciou-se formação para mais de 100 organizações que queriam responder à ameaça do HIV, mas que achavam que não tinham as habilidades necessárias.

Estar em segurança: Jovens

Os fazedores de políticas rapidamente deram-se conta de que os jovens tinham necessidade de informação sobre o HIV e sobre o comportamento seguro antes de se tornarem sexualmente activos. Embora a actividade sexual comece relativamente tarde no Senegal, foi feito um esforço para introduzir educação sexual cedo. Em 1992, a educação sexual fazia parte do currículo, tanto das escolas primárias, como das secundárias. Além disso, foi feito um esforço para atingir os jovens que não estavam na escola, a maior parte das vezes através de grupos de jovens.

Os jovens obtêm informação de muitas fontes, mas os pais podem ser influentes de uma maneira especial. Através de organizações religiosas e não

governamentais, os pais eram encorajados a assumir a responsabilidade para proteger a saúde sexual dos seus filhos, fornecendo-lhes informação completa e apoio para um comportamento seguro.

As mensagens para os jovens tinham a tendência de centrar-se no aumento de conhecimento sobre os riscos de relações sexuais desprotegidas e no encorajamento de abstinência. Mas há uma certa preocupação de que a provisão actual de serviços para os jovens que optem por uma vida sexual activa não seja adequada.

Estar em segurança: Trabalhadoras do sexo e seus parceiros

O registo de trabalhadoras do sexo era rotina no Senegal há mais de 15 anos quando emergiu o SIDA. As trabalhadoras do sexo registadas tinham que se submeter a observações médicas regulares e as DTS eram tratadas sempre que fosse necessário. Isso significava que as trabalhadoras do sexo estavam em contactos regulares com os serviços de saúde e a propagação da infecção do HIV podia ser facilmente monitorada neste grupo.

Era evidente que as trabalhadoras do sexo corriam um alto risco tanto de contrair o HIV, como o de passá-lo aos seus clientes. Foram imediatamente estabelecidas intervenções preventivas centradas na promoção da utilização do preservativo com os clientes. Muitas trabalhadoras do sexo começaram a juntar-se aos grupos de apoio para salvaguardar a sua saúde em face do SIDA. Mais de 30 grupos do género foram estabelecidos. Os membros assistiam a debates, filmes e outras sessões de informação sobre o HIV e o SIDA – geralmente cerca de cinco vezes por ano. Também agem como educadoras extensionistas para as trabalhadoras do sexo que não se juntaram aos grupos de apoio. Nestas incluem-se mulheres que não se registaram como trabalhadoras do sexo. É muito difícil saber com exactidão quantas trabalhadoras do sexo não registadas existem – estima-se que o número de trabalhadoras do sexo não registadas seja o mesmo que o das registadas. Sabe-se também muito pouco sobre a taxa de infecção ou o comportamento de risco entre estas mulheres. Elas tornar-se-ão, certamente, cada vez mais um centro de atenção para os futuros esforços de prevenção.

Existem também esforços renovados para atingir as populações que podem ser fornecedoras ou consumidoras de relações sexuais ocasionais, seja por dinheiro ou não. Nelas incluem-se populações móveis, tais como trabalhadores migrantes e trabalhadores dos transportes. Os locais onde podem ocorrer relações sexuais ocasionais, tais como feiras semanais, estão também a tornar-se alvos de esforços mais activos de prevenção.

Sabe-se desde há muito tempo que a presença de outras DTS torna fácil a contracção ou a transmissão da infecção do HIV. Por isso, o tratamento regular e adequado de DTS subiu na lista das prioridades de saúde desde que a ameaça de uma epidemia de HIV se tornou evidente. A oferta de serviços para DTS foi reforçada tanto entre as trabalhadoras do sexo como entre a população em geral.

O Senegal foi um dos primeiros países em África a estabelecer um programa nacional de controlo de DTS e um dos primeiros a integrar os cuidados com as DTS nos seus serviços primários regulares de saúde. Em resposta à ameaça do SIDA, o país levou a cabo uma formação massiva de trabalhadores de saúde na gestão sindrómica de DTS. A qualidade dos cuidados melhorou consideravelmente depois da formação, em comparação com os estudos do ponto de partida antes da formação. A disponibilização de um aconselhamento adequado sobre a prevenção futura, assim como sobre a notificação de parceiros aumentaram de uma maneira bem significativa.

A resposta produziu alguma diferença?

Que diferença, se houve alguma, produziram todas estas actividades de prevenção? Às vezes isto é difícil de dizer, porque é impossível saber o que aconteceria sem as actividades de prevenção, ou porque não sabemos o suficiente sobre a situação antes da epidemia do HIV. Contudo, em algumas áreas o efeito é evidente. Por exemplo, a utilização do preservativo aumentou de virtualmente nada antes da epidemia do HIV para 67 por cento entre os homens em relações sexuais ocasionais em 1997. Será concebível que este aumento tivesse ocorrido sem as campanhas de educação e de promoção do preservativo a que os homens foram expostos? Claro que não.

Esta secção examinará o estado actual do conhecimento, actividade sexual, utilização do preservativo e prevalência de DTS e HIV no Senegal. Onde possível, discutirá as tendências com o passar do tempo para tentar determinar que efeito podem ter tido as actividades de prevenção.

Conhecimento sobre o SIDA e sobre como evitá-lo

As campanhas de consciencialização sobre o SIDA têm es-tado claramente a fazer o seu trabalho. Em pesquisas repetidas realizadas em várias áreas em 1997 e 1998, mais de 95 por cento de alunos da escola secundária e 99 por cento de trabalhadoras do sexo sabiam sobre o SIDA e podiam dizer pelo menos duas maneiras correctas de evitá-lo.

Altas percentagens deles também sabiam sobre assuntos mais complexos, tais como a infecção assintomática. Quatro em cada cinco estudantes e perto de 70 por cento das trabalhadoras do sexo sabiam que o HIV podia ser transmitido por alguém que parece perfeitamente saudável.

Na população geral, em todo o país, mais homens do que mulheres sabem sobre a transmissão sexual do HIV (81 por cento dos homens contra 76 por cento das mulheres). Contudo, nas zonas urbanas não há diferença de conhecimento entre os homens e as mulheres. Não há também diferença entre os homens e as mulheres que possuem mais do que a escolarização primária.

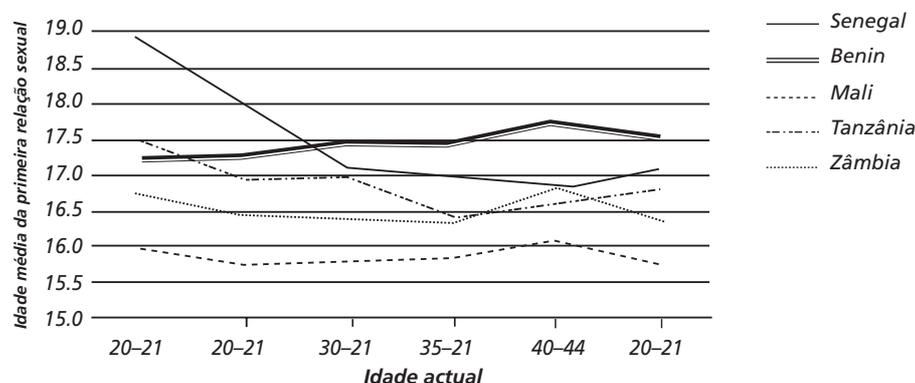
Tais níveis altos de conhecimento demonstram o sucesso das campanhas ininterruptas de informação que atingiram o povo do Senegal em todo o sítio, das salas de aulas às mesquitas, rádios e mercados. Contudo, essas campanhas de informação não tiveram tanto êxito na redução dos conceitos errados. Até cerca de um terço dos vários grupos populacionais inquiridos sobre o conhecimento e comportamento em 1997 e 1998 pensava que podiam contrair HIV/SIDA através de picada de mosquitos ou da partilha de casas de banho com alguém que tivesse SIDA.

Por outro lado, as campanhas aparentemente foram bem sucedidas na promoção de atitudes de apoio para as pessoas vivendo com HIV e SIDA. Três quartos de estudantes do sexo feminino inquiridas em 1998 disseram que acreditavam que aos estudantes HIV-positivos devia ser permitido frequentar a escola.

Actividade sexual

Há somente informação limitada sobre a actividade sexual antes do SIDA. O que é evidente é que as mulheres estão a optar por permanecer virgens por um período mais longo do que nas décadas anteriores. A maior parte das mulheres que estavam no início da casa dos vinte anos em 1997 não tinham tido relações sexuais até aos 19 anos ou mais. Para a geração das suas mães, a idade média da primeira relação sexual era próxima dos 16 anos. Tal tendência ainda não foi vista noutros países africanos (vide o gráfico 2). Quanto mais instruída for uma rapariga, mais tempo esperará para ter relações sexuais. Num estudo em estudantes do sexo feminino em 1998, 95 por cento delas disseram que nunca tinham tido relações sexuais.

Gráfico 2. Idade média da primeira relação sexual em mulheres actualmente com idades entre os 20 e os 49 anos



Estudantes do sexo masculino eram muito mais sexualmente activos do que as raparigas, mas só reportaram relações sexuais esporádicas e um número limitado de parceiras. Apesar de que dois terços dos estudantes do sexo masculino inquiridos em 1998 terem dito que não eram virgens, somente um quarto deles tinha tido relações sexuais no ano precedente e menos de um em cada 10 tinham tido mais do que uma parceira nos 12 meses precedentes.

Não obstante o acima exposto, na população em geral, as relações sexuais antes do casamento não são uma coisa desconhecida. Cerca de 14 por cento das mulheres solteiras num estudo baseado na população em Dakar disseram que tinham mantido relações sexuais nos 12 meses precedentes e 38 por cento dos homens afirmou o mesmo. Em parte, isto é devido ao aumento rápido da idade do primeiro casamento, o que está descrito mais detalhadamente na página. Vale a pena reiterar que enquanto as relações sexuais antes do casamento parecem estar a aumentar, está a acontecer em idades mais avançadas. Uma vez que mulheres mais jovens são mais susceptíveis à infecção do HIV do que as mulheres com idades mais avançadas, é provável que o aumento na idade da primeira relação sexual proporcione uma protecção adicional contra a infecção do HIV.

Os jovens não parecem estar engajados em actividades sexuais de uma noite. Num estudo, o tempo médio entre o primeiro encontro e a primeira relação sexual era de três meses para os homens e cinco meses para as mulheres, e relações

ocasionais entre pessoas com menos de 25 anos tinha a tendência de durar cerca de 6 meses para as mulheres e metade para os homens.

Entre os casados, relações sexuais ocasionais são muito mais raras do que nos não casados. Cerca de 99 por cento das mulheres casadas e 88 por cento dos homens casados afirmaram, num estudo realizado em Dakar em 1997, que não tinham mantido relações sexuais com qualquer outra pessoa senão os esposos nos 12 meses precedentes. Das pessoas que tinham parceiros extraconjugais, a maior parte quer dos homens quer das mulheres só tinham tido um.

Infelizmente, não é possível saber até que ponto as campanhas de prevenção de SIDA afectaram os relativamente baixos níveis de actividade sexual fora de casamento recentemente registados no Senegal. Parece provável que relações sexuais fora do casamento nunca tenham sido frequentes nesta sociedade coesa e activa em termos religiosos. Contudo, é possível que as campanhas de prevenção do SIDA tenham reforçado estes padrões tradicionais de comportamento, impedindo o aumento do volume de relações sexuais fora do casamento em idades mais jovens que, de outro modo, poderia resultar de uma crescente urbanização e mobilidade social e, talvez, das mudanças económicas que possibilitam o acesso ao dinheiro por parte dos jovens.

Uso do preservativo

O principal canal para a propagação do SIDA no Senegal, assim como em muitos países da África Sub-Sahariana são as relações sexuais não protegidas entre homens e mulheres, dos quais pelo menos um tem outro parceiro não fiel. Apesar de a maior parte das campanhas de prevenção do SIDA terem como objectivo desencorajar relações sexuais com múltiplos parceiros, elas também têm o objectivo de aumentar a utilização do preservativo em parcerias que podem ser de risco.

Antes da epidemia do HIV, a utilização do preservativo no Senegal era extremamente baixa: menos de um por cento. E, de facto, continua baixa como um método de contracepção ou entre os esposos. Contudo, em relações sexuais ocasionais – exactamente as que são alvo da campanha de prevenção do SIDA – a utilização do preservativo aumentou drasticamente. Num inquérito feito na população em 1997, em Dakar, mais de dois terços dos homens e cerca de metade das mulheres que tinham tido relações ocasionais nos últimos 12 meses haviam usado preservativo com os seus últimos parceiros de ocasião. Em estudos de grupos populacionais específicos, um ano mais tarde, a taxa era ainda mais alta. Cerca de 81 por cento de trabalhadores e 67 por cento de rapazes estudantes disseram ter usado preservativo na última vez que mantiveram uma relação sexual ocasional (apesar de o número total dos rapazes sexualmente activos ser pequeno). E parece que a utilização do preservativo é significativamente consistente. Perto de três terços de estudantes do sexo masculino com parceiras não regulares afirmaram que tinham usado o preservativo sempre que mantiveram relações sexuais com uma parceira não regular no último ano. Somente um em cada dez disseram que nunca tinham utilizado o preservativo em encontros ocasionais.

A informação e a promoção do preservativo dirigidas a trabalhadoras do sexo parecem ter sido mais eficientes. Num estudo entre prostitutas

realizado em 1998, 99 por cento delas afirmou ter utilizado o preservativo com o seu novo cliente mais recente, e 97 por cento com o cliente regular mais recente. É comum em todo o mundo as prostitutas utilizarem o preservativo menos frequentemente com os parceiros que não pagam do que com os seus clientes, e o Senegal não é excepção. Contudo, mesmo com homens que não são clientes, a utilização do preservativo permaneceu relativamente alta: com 60 por cento.

Um dos factores conhecidos como os que aumentam o risco para as trabalhadoras do sexo é, logicamente, o número de parceiros que têm. Num estudo clínico de trabalhadoras do sexo em Dakar, a média do número de parceiros que elas mencionaram era baixa: 2.2 por cento por semana. Globalmente, 84 por cento das trabalhadoras do sexo neste grupo afirmaram que tinham usado o preservativo com todos os clientes. Contudo, de um pequeno número de mulheres que tinham muitos mais parceiros – sete ou mais por semana –, 96 por cento disseram que utilizavam o preservativo com todos os parceiros. Isto sugere que as mulheres aumentam o seu nível de protecção em proporção directa com a sua exposição ao risco. Seria plausível assumir que elas tomam esta decisão em resposta à informação sobre os riscos das relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

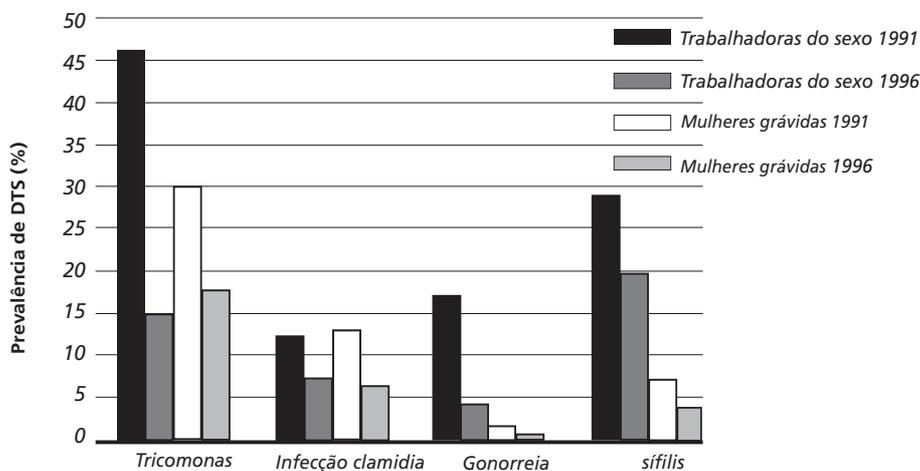
Toda a informação sobre a utilização de preservativos depende do facto de as pessoas falarem sobre o seu comportamento de uma maneira exacta. Será possível que as pessoas estejam a afirmar que estão a utilizar mais o preservativo somente como resposta a campanhas de prevenção e não porque estejam realmente a utilizar mais o preservativo? Parece improvável, considerando o aumento drástico da venda de preservativos. A venda de preservativos aumentou de 800 000, em 1998, para sete milhões, em 1997. Esforços para melhorar a distribuição de preservativos também parecem ter tido bons resultados. Praticamente todas as trabalhadoras do sexo inquiridas afirmaram que podiam facilmente obter preservativos sempre que o quisessem. Mais de 85 por cento de raparigas de escolas secundárias disseram o mesmo, apesar do facto de que este grupo era o que tinha menor probabilidade de registar actividade sexual.

Prevalência de doenças de transmissão sexual

Os dados sobre o comportamento sugerem que a actividade de sexual com múltiplos parceiros que não os esposos é baixa e que uma alta percentagem de relações sexuais ocasionais (incluindo virtualmente todas as relações sexuais comerciais) são protegidas por preservativos. Mas uma vez mais, a maior parte da informação depende do que as pessoas falam sobre o seu comportamento de uma maneira exacta. Haverá alguma outra evidência para suportar estas afirmações?

Sim. Visto que as DTS se propagam da mesma maneira que o HIV, elas são um bom indicador da actividade de risco. E visto que são curáveis, geralmente reflectem a actividade de risco num passado relativamente recente, enquanto a infecção com o HIV pode ser causada por um comportamento de risco de há vários anos atrás.

Gráfico 3. Doenças de transmissão sexual entre trabalhadoras do sexo e mulheres grávidas em Dakar, Senegal



Um estudo sobre doenças de transmissão sexual efectuado entre trabalhadoras do sexo e mulheres grávidas em 1991 e 1996 demonstrou uma redução drástica na taxa de infecção para todas as DTS avaliadas e para ambos os grupos de mulheres (trabalhadoras do sexo e mulheres grávidas), conforme indicado no gráfico 3.

Estas constatações clínicas confirmam uma prevalência reportada baixa de DTS. Num IDS nacional realizado em 1997, apenas 0.7 por cento de mulheres e um por cento de homens afirmaram terem tido sintomas de DTS no último ano. Visto que muitas infecções de transmissão sexual nas mulheres são assintomáticas, é de esperar que as mulheres registem níveis de DTS mais baixos do que os encontrados nos programas sistemáticos de teste. Num estudo baseado na população na capital no mesmo ano, 2,3 por cento dos homens afirmaram ter tido sintomas de DTS no ano anterior.

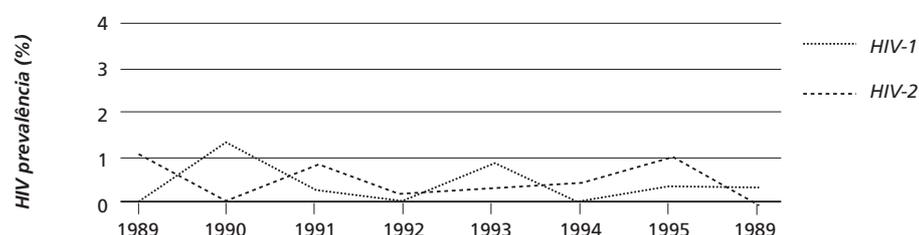
Menos de metade das trabalhadoras do sexo inquiridas num estudo de 1998 afirmaram ter tido alguma DTS nos doze meses anteriores, e somente oito por cento reportaram mais de um episódio. Contudo, de nada vale que estes níveis pareçam relativamente altos em face dos baixos níveis de troca de parceiros e dos níveis extremamente altos de utilização do preservativo reportados pelas trabalhadoras do sexo que responderam aos inquéritos.

Prevalência de HIV

Com níveis tão baixos de relações sexuais ocasionais, taxas de infecção de DTS a decair e altos níveis de uso do preservativo, poder-se-ia esperar que a infecção de HIV no Senegal tivesse permanecido baixa. Uma possível excepção poderia ser entre as trabalhadoras do sexo, cujos níveis de DTS sugerem um risco cumulativo alto de infecção com HIV, mesmo quando a maior parte dos seus contactos sexuais sejam protegidos pela utilização do preservativo.

E na verdade, os dados de vigilância do HIV disponíveis mostram estas expectativas. Os dados do programa nacional do SIDA demonstram que a prevalência do HIV entre as mulheres grávidas era de 1.41 por cento nos finais de 1996. Não houve qualquer tendência significativa ao longo do tempo neste grupo populacional. O Gráfico 4 mostra as taxas de infecção com HIV entre as mulheres grávidas na capital, Dakar. Há também postos de vigilância epidemiológica nas consultas pré-natais em três outras grandes zonas urbanas – Saint-Louis, Kaolack e Ziguinchor. Todos eles mostram taxas semelhantes, com o nível de infecção com HIV abaixo de dois por cento em mulheres grávidas nos anos entre 1989 e 1996, sem nenhuma tendência de subida na prevalência ao longo do tempo.

Gráfico 4. Prevalência do HIV entre as mulheres grávidas em Dakar, Senegal



Nos doentes masculinos a sofrerem de DTS, geralmente considerados como um grupo representando alto risco de infecção, os níveis de infecção do HIV permaneceram mais ou menos consistentemente abaixo de 5 por cento ao longo do tempo em todos os locais. Somente entre as trabalhadoras do sexo, provavelmente o grupo em maior risco de infecção que os níveis de prevalência do HIV aumentaram significativamente ao longo do tempo. No sul do país estão os mais altos níveis – a infecção do HIV entre as trabalhadoras do sexo registadas na cidade meridional de Ziguinchor atingiu perto de 35 por cento em 1996. Na capital, Dakar, a infecção com HIV entre as trabalhadoras do sexo parece ter permanecido estável em torno dos 17 por cento desde 1993.

A prevalência estável do HIV, é claro, não significa que não haja novas infecções. Por cada pessoa que se afasta do grupo de pessoas que foram testadas ao HIV – porque morreram, estão demasiado doentes para se apresentarem aos estabelecimentos de saúde, já não são férteis ou por qualquer outra razão – deve haver uma nova infecção para manter a prevalência estável. Mas no caso do Senegal, não parece que a prevalência estável esteja a mascarar a subida de incidência. Um estudo de incidência em trabalhadoras do sexo em Dakar registou novas infecções com HIV em cerca de 1.1 por 100 pessoas por ano de observação na década entre 1985 e 1995, sem aumentos significativos nos níveis de infecção ao longo do tempo.

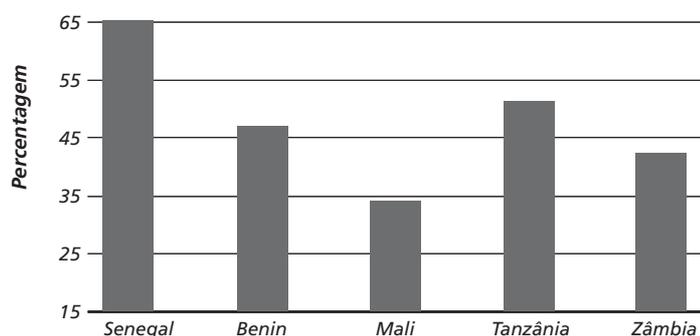
Entre as mulheres grávidas também parece não haver evidência de altas taxas de infecção no grupo das mais novas – o grupo etário onde os níveis de prevalência têm maior probabilidade de reflectir a incidência ou novas infecções. Entre 1989 e 1996, somente uma em mais de 400 adolescentes grávidas testadas ao HIV revelou estar infectada pelo vírus.

A resposta do senegal ao HIV era realmente necessária?

Um dos maiores dilemas com os programas de prevenção em saúde pública é que nunca é possível estar certo do que aconteceria se os programas de prevenção não estivessem a ser levados a cabo. Isso é especialmente verdade para os programas ao nível nacional. Se um programa de prevenção atinge todo o país, então não há grupo de população no país que possa ser utilizada como um grupo de comparação para demonstrar o que aconteceria sem o programa. Nesta situação, o melhor a fazer é comparar com outros países em situações semelhantes onde não houve intervenção. Mas mesmo assim, isso não é tão fácil como parece. Primeiro, países sem intervenção raramente têm sistemas de monitoria e avaliação para recolher dados que permitiriam fazer as necessárias comparações. Segundo, talvez haja outros factores, além da intervenção, que diferem de um país para outro. Assim sendo, ainda há muito que aprender em relação a comparações entre países.

Uma das coisas que mudaram com o andar do tempo no Senegal foi a idade da primeira relação sexual, que aumentou consideravelmente nos últimos anos. Como é que se compara este facto com outros países? Como o gráfico 2 (p) mostra, a idade da primeira relação sexual aumentou muito mais rapidamente e em níveis mais altos no Senegal em comparação com os outros países africanos onde os dados estão disponíveis. Praticamente isso significa que menos adolescentes são sexualmente activos e expostos à infecção pelo HIV no Senegal do que em outros lugares. Isso é confirmado pelos dados apresentados no gráfico 5, que mostra a percentagem de adolescentes entre os 15 e os 19 anos de idade que ainda são virgens. Visto que o tipo mais seguro de relações sexuais é a abstenção, isto confirma que as jovens senegalesas são menos vulneráveis à infecção pelo HIV ou outras DTS do que as jovens dos outros países.

Gráfico 5 Percentagem de mulheres de idade entre os 15 e os 19 anos que nunca mantiveram relações sexuais



A actividade sexual pré-marital é também muito mais baixa no Senegal do que em outros países com dados semelhantes, pelo menos para as mulheres. Em Dakar, em 1997, cerca de 14 por cento das mulheres disseram que tinham mantido relações sexuais com pelo menos uma pessoa no ano anterior. Num inquérito IDS realizado na Zâmbia no ano anterior, a percentagem chegava a 40 por cento, enquanto na Tanzânia era de 35 por cento. Entre as mulheres

casadas também havia uma diferença, embora os níveis fossem baixos em toda a parte. Somente um por cento das mulheres casadas, em Dakar, tinha mantido relações sexuais com outro homem que não fosse o marido no ano anterior, comparado com o dobro, na Zâmbia, e cinco vezes mais na Tanzânia. Na Costa do Marfim e na Guiné Bissau, a percentagem de homens que afirmaram ter tido duas ou mais parceiras ocasionais nos últimos 12 meses era três ou quatro vezes mais alta do que em Dakar.

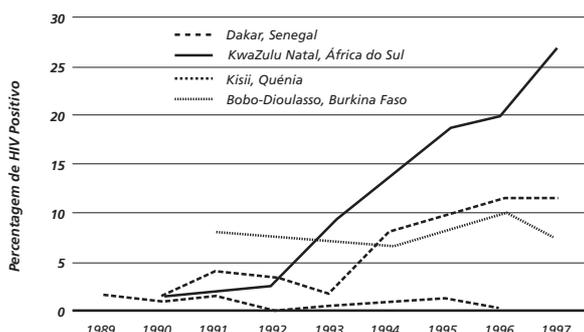
Embora o nível da actividade sexual fora de casamento seja muito mais baixo no Senegal em comparação com os outros países estudados, a utilização do preservativo em relações sexuais fora do casamento é muito mais alta. De facto, o número de homens e mulheres que utilizaram o preservativo no último contacto sexual não regular em Dakar é o dobro do que foi verificado nas outras cidades africanas onde foram realizados estudos semelhantes. O único país em África que tem níveis semelhantes de utilização do preservativo em relações sexuais ocasionais é o Uganda, onde uma campanha de prevenção activa foi estabelecida depois de centenas de milhares de ugandeses terem morrido de SIDA e milhões de outras terem visto de perto os efeitos devastadores da doença.

Altos níveis de utilização do preservativo são apoiado por uma comparativamente boa disponibilidade de preservativos. Em 1997, cerca de sete milhões de preservativos foram disponibilizados no Senegal para fazer face às necessidades de quatro milhões de pessoas na faixa etária dos 15 aos – 49 anos, que são os mais activos sexualmente. Isso compara-se com os dois milhões de preservativos para cinco milhões de pessoas no mesmo grupo etário em Burkina Faso. No mesmo ano, na Tanzânia, mais de 19 milhões de preservativos foram importados para servir uma população de 15.5 milhões de pessoas entre os 15 e os 49 anos.

Como é que estes diferentes níveis de actividade sexual e utilização do preservativo se traduzem em infecção com o HIV? O ONUSIDA estima que nos finais de 1997, a prevalência do HIV entre os adultos no Senegal era de 1.8 por cento, em Burkina Faso 7.2 por cento, na Tanzânia 9.4 por cento e na Zâmbia 19.1 por cento.

Em termos de níveis de infecção de HIV entre as mulheres grávidas medidos em postos individuais de vigilância epidemiológica nas grandes cidades, a diferença também é grande. O Gráfico 6 mostra a tendência da prevalência do HIV ao longo do tempo em postos de vigilância epidemiológica em algumas cidades ou regiões africanas.

Gráfico 6. Infecção de HIV-1 entre mulheres grávidas em várias cidades africanas



Conclusão

De facto, parece que a infecção do HIV permaneceu baixa no Senegal desde o começo da epidemia e não há nenhum sinal de tendência de aumento da infecção. Mas esta revisão das evidências conseguiu sugerir o porquê?

É possível identificar três grandes factores que determinam directamente a exposição à infecção com o HIV e que resultaram nos baixos níveis registados no Senegal. Primeiro, a actividade sexual começa relativamente tarde e as relações sexuais fora do casamento são relativamente limitadas. Segundo, a utilização do preservativo em relações sexuais fora do casamento e, especialmente, nas actividades de sexo comercial é alta. Terceiro, os programas de controlo de DTS são aparentemente eficazes.

O segundo e o terceiro destes factores estão certamente ligados aos esforços de prevenção do SIDA do país. O início tardio das relações sexuais e o número limitado de relações sexuais extraconjugais são provavelmente determinados mais por valores sociais e religiosos do que pelos programas e mensagens de prevenção do SIDA. Contudo, é plausível imaginar que estes valores estão a ser reforçados e mantidos por um programa de prevenção do SIDA no qual os líderes religiosos, comunitários e políticos estão activamente empenhados.

Parece, portanto, que os esforços de prevenção atempados e abrangentes do Senegal tiveram uma grande contribuição para manter os níveis de infecção baixos. Mas como é que o país foi capaz de desenvolver tal resposta rápida em tão massiva escala num momento em que o país estava a debater-se com uma situação económica difícil? A resposta deve estar, em parte, na liderança política e, em parte, na organização social do país. A liderança política fundou as bases para um diálogo produtivo com os líderes religiosos e outros líderes comunitários. Uma tradição longa e activa de participação da comunidade na saúde e no desenvolvimento foi mobilizada em torno das actividades de prevenção do SIDA. Foi feita a utilização máxima das estruturas existentes para fornecer informação e serviços às comunidades em alto risco, especialmente às trabalhadoras do sexo. Uma abordagem pragmática da saúde pública – enfatizando a prevenção e a prestação de serviços essenciais – foram a base para fortalecer os esforços de controlo de DTS e da expansão da promoção do preservativo.

Assim, mesmo antes do advento do SIDA havia muitos aspectos na estrutura social do Senegal, assim como na estrutura dos serviços de saúde que favoreceram a resposta logo que a ameaça da epidemia se tornou clara. Mas foi a utilização determinada dessas vantagens existentes para gerar uma resposta nacional atempada a que se deve facto de nos finais da década de 90 o Senegal ter um dos níveis mais baixos de infecção pelo HIV na África do Sub-Sahariana.

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA (ONUSIDA) é o principal embaixador da acção mundial contra o HIV/SIDA. Ele reúne numa só as actividades de sete organizações das Nações Unidas em luta contra a epidemia: o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), o Fundo das Nações Unidas para a População (FNUAP), o Programa das Nações Unidas de Combate Internacional às Drogas (PNUCID), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Banco Mundial.

A ONUSIDA mobiliza as acções contra a epidemia dos seus sete organismos co-patrocinadores, ao mesmo tempo que alia iniciativas especiais a estes esforços. O seu objectivo é dirigir e apoiar o alargamento da acção internacional contra o HIV em todas as frentes- médica, social, económica, cultural, política, da saúde pública e dos direitos humanos. A ONUSIDA trabalha com um largo leque de parceiros - governos e ONG, empresas, especialistas e não especialistas – com vista ao intercâmbio de conhecimentos, competências e boas práticas à escala mundial.

Produção Gráfica: Elográfico



Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • UNDCP
OIT • UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

**Programa Conjunto das Nações
Unidas sobre o HIV/SIDA**

ONUSIDA- 20 avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça
Tel.: (+4122) 791.46.51- Fax (+4122) 791. 41. 65
E-mail: unaids@unaids.org-<http://www.unaids.org>