



MÓDULO IV

A SITUAÇÃO MUNDIAL DO HIV E DO SIDA

A situação mundial do HIV e do SIDA	90
- Texto 1A: A pandemia de HIV e SIDA: a situação mundial	92
- Texto 1B: A resposta de Moçambique ao HIV e ao SIDA: progresso e desafios	101
- Texto 1C: A Educação e os objectivos do Milénio e da “EFA” (Educação para todos)	105
- Texto 1D: Iniciativa baseada na Saúde Escolar	106
- Texto 2A: Efeitos do HIV e do SIDA	110
- Texto 2B: O impacto do HIV e do SIDA no sistema de ensino	114
- Texto 2C: Importância do papel do Sector da Educação na luta contra a Epidemia	116
- Texto 2D: Directrizes para a educação preventiva	118

MÓDULO IV

A SITUAÇÃO MUNDIAL DO HIV E DO SIDA



A Epidemia de HIV e SIDA e seu Impacto

Tempo aproximado: 4h45min

Mensagem do Módulo: A pandemia de HIV e SIDA é uma preocupação crescente e comum da comunidade global, incluindo países de África. A pandemia de HIV e SIDA afecta o bem-estar físico, emocional, moral, social e económico do indivíduo, da família, da comunidade, da nação e do mundo.

Descrição Geral: Quase metade dos 33 milhões de pessoas no mundo que vivem com HIV são mulheres, e 2,1 milhões são menores de 15 anos de idade, de acordo com o relatório da ONUSIDA/OMS publicado em 2007. A Actualização Epidémica do SIDA de 2007 demonstra que o número de mulheres que vivem com HIV tem estado a subir em todas as regiões do mundo nos últimos anos, a África Subsariana é a zona mais flagelada de África, possuindo as prevalências mais elevadas do mundo. A relutância em falar sobre o HIV e o SIDA continua a ser um grande constrangimento para a compreensão da doença e dos comportamentos que expõem um indivíduo ao risco de exposição ao HIV bem como para se fazer prevenção. Compreender a epidemia global de HIV e SIDA ajuda as pessoas a lidar com esta ameaça crescente.

Pretende-se com este módulo permitir aos participantes compreender os efeitos do HIV e do SIDA nos indivíduos, nas famílias e na sociedade como um todo, assim como o seu impacto nos aspectos físicos, emocionais, morais, sociais e económicos da vida das pessoas. Pretende-se também que com este módulo os formandos se sintam confortáveis para discutir a situação do HIV e do SIDA com outros membros do grupo.

Objectivos: Após estudar o módulo, os formadores deverão estar aptos a:

1. Explicar a tendência da epidemia de HIV e SIDA no mundo e na África Subsariana;
2. Discutir assuntos relacionados com o HIV e o SIDA, inclusive sentimentos gerais e medos relacionados com o HIV e o SIDA;
3. Descrever os efeitos do HIV e do SIDA e classificá-los;
4. Explicar os efeitos físicos, emocionais, culturais, sociais e económicos do HIV e do SIDA para o indivíduo, a família, a comunidade, a nação e o mundo ;
5. Explicar a importância das intervenções no meio escolar;

Conteúdo:

1. Tendência da epidemia de HIV e SIDA no mundo, na África Subsariana e no país;
2. Efeitos do HIV e do SIDA;
3. Classificação dos efeitos do HIV e do SIDA;
4. Assuntos relativos ao HIV e ao SIDA;
5. Impacto nas mulheres, jovens e sistema de ensino;
6. Sentimentos e receios sobre o HIV e o SIDA;
7. Existência de diferentes percepções sobre o HIV e o SIDA, carecendo de mais diálogo entre os diferentes fazedores de cultura para distinguir factos de mitos;
8. Papel da cultura na estrutura de comportamento do/a jovem e do/a adolescente.

Actividades de Aprendizagem:

1. Trabalho de grupo sobre o impacto global e regional do HIV e do SIDA;
2. Discussão de ideias sobre os efeitos do HIV e do SIDA;
3. Sessão plenária sobre o impacto e consequências do HIV e do SIDA;
4. Desempenho de papéis (teatro) para desenvolver uma ligação pessoal ao HIV e ao SIDA;
5. Sessão de diálogo entre a Escola e a comunidade.

Avaliação:

91



1. Peça para escreverem num cartão os efeitos físicos, emocionais, sociais, morais e económicos do HIV e do SIDA no:

- a. indivíduo
- b. família
- c. comunidade
- d. nação
- e. mundo

2. Complete as seguintes frases e explique de forma breve a sua resposta:

- Eu aprendi...
- Eu sinto...
- Eu desejo...
- Eu descobri...
- Eu percebo...
- Eu espero...
- Eu acredito...
- Eu vou...
- Eu planeio...
- Eu predigo...
- Eu prevejo...

TEXTO DE APOIO 1A A PANDEMIA DE HIV E SIDA: A SITUAÇÃO MUNDIAL ¹³

A situação da epidemia de HIV e SIDA continua a ser uma grande preocupação para todo o mundo. Estima-se que em 2004, por causa do SIDA, morreram 3,1 milhões de pessoas, entre as quais 570.000 adolescentes com menos de 15 anos. Calcula-se que, em 2007, cerca de 33 milhões de pessoas viviam com o HIV no mundo, mais de metade das quais eram mulheres e 2,1 milhões menores de 15 anos de idade.

A maior parte das novas infecções acontecem em jovens dos 15 aos 24 anos de idade, significando cerca de 40% das novas infecções em 2006. A morte por HIV e SIDA continua a alastrar o terror em todos os países do mundo. Em muitos países, o HIV aumentou nos fins dos anos 90, tendo-se estabilizado logo a seguir, enquanto que, em outros, aumentou a incidência, como é o caso dos países da África Subsariana, a região mais flagelada pela epidemia do SIDA. Por outro lado, contrariando os discursos de protecção dos direitos das mulheres, as estatísticas mundiais indicam que na África Subsahariana 61 % dos adultos seropositivos são mulheres.

Mapa do mundo com a situação do HIV

Estimativas de mortes de SIDA de Adultos e Crianças durante 2004



Sida (2) 113

00003-E-0 - December 2004

Total: 3.1 milhões

Fonte: Relatório sobre a epidemia global de SIDA, ONUSIDA, 2008

92



SITUAÇÃO DO HIV E DO SIDA NA AFRICA SUBSARIANA

Estima-se que em 2007 cerca de 1,9 milhões de pessoas tenham sido infectadas com o vírus do HIV na África Subsariana, subindo para 22 milhões o número total de pessoas que vivem nesta região com HIV. Dois terços (67%) do total global de 33 milhões de pessoas com HIV encontram-se em África, e três quartos (75%) das mortes provocadas pelo SIDA em 2007 aconteceram também em África. As epidemias na África Subsariana variam significativamente de país para país.

Alguns países da África Ocidental e Central e do Corno de África apresentam prevalências nacionais de HIV abaixo dos 2%. Oito países da África Austral excederam em 2007 os 15%. São eles o Botswana, o Lesoto, a Namíbia, a África do Sul, Moçambique, a Suazilândia, a Zâmbia, e o Zimbábue. Seis outros países, principalmente na África Central e Oriental (os Camarões, a República Central Africana, o Gabão, o Malawi, o Uganda, e a República Unida de Tanzânia) excederam os 5%.

¹³ ONUSIDA, 2008

Recentes tendências epidemiológicas

A maioria das epidemias na África Subsaariana parece ter estabilizado, embora frequentemente a níveis muito altos, particularmente na África Austral. Adicionalmente, num número crescente de países, a prevalência de HIV nos adultos parece estar a baixar. Contudo, na região, as mulheres são desproporcionalmente afectadas em comparação com os homens, diferenças essas que são mais notórias entre os jovens.

No Zimbabwe, têm-se constatado significativas reduções na prevalência de HIV – a prevalência de HIV em mulheres grávidas que vão a consultas pré-natais baixou de 26% em 2002 para 18% em 2006. No Botsuana, entre 2001 e 2006 houve uma descida da prevalência de HIV entre mulheres grávidas com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos na ordem dos 7%. Isto sugere que a taxa de novas infecções pode estar a reduzir.

As epidemias no Malawi e na Zâmbia também parecem ter estabilizado. Há sinais de declínio da prevalência de HIV em mulheres que vão a consultas pré-natais e evidências de mudança de comportamento.

93  Em 2007 estimou-se que os 5,7 milhões de africanos na África Subsaariana que vivem com HIV correspondem ao maior número de pessoas infectadas no mundo. Por outro lado, a Suazilândia registou em 2006 níveis de 26% de prevalência de HIV em adultos, a maior prevalência pesquisada e documentada no mundo.

No Lesoto e em alguns lugares de Moçambique, a prevalência de HIV em mulheres grávidas está a aumentar. Em algumas províncias nas zonas centro e sul do país a prevalência de HIV em adultos alcançou ou excedeu os 20%, enquanto continuam a aumentar as infecções entre a população jovem com idades compreendidas entre os 15 e 24 anos.

A prevalência de HIV comparada com as pequenas epidemias na África Oriental tem vindo a retroceder nesta zona. Depois de ter descido drasticamente na década de 90, a prevalência nacional de HIV no Uganda foi controlada até os 5,4%. Contudo, há sinais de possíveis ressurgimentos em contactos sexuais que podem fazer com que a epidemia volte a crescer. Por exemplo, a proporção de homens e mulheres adultos que mantiveram relações sexuais com alguém que não seu cônjuge e com quem não tinha vida em comum cresceu desde 1995 de 12% para 16% em mulheres e de 29% a 36% nos homens.

A maior parte das pequenas epidemias de HIV na África Ocidental estão controladas ou baixaram, como é o caso do Burkina Faso, da Costa do Marfim e do Mali. Na Costa do Marfim, a prevalência de HIV entre as mulheres grávidas nas zonas urbanas desceu de 10% em 2001 para 6,9% em 2005. Na África Ocidental, como na Nigéria, por exemplo, o país mais populoso de África, houve uma estabilização de 3,1%, de acordo com casos reportados em mulheres com acesso a assistência em consultas pré-natais.

Principais formas de transmissão de HIV

O relacionamento heterossexual mantém-se como principal força de transmissão na África Subsaariana. De acordo com a ONUSIDA (2006), mais de 75 % de todas as infecções por HIV são resultado de transmissão sexual. A alta taxa de transmissão sexual também se alargou à população de crianças que vivem com HIV. No entanto, evidências epidemiológicas recentes têm revelado que as regiões epidémicas são mais diversificadas do que se pensava previamente.



➤ **Relacionamento heterossexual relacionado com casais serodiscordantes**

De acordo com o Levantamento Demográfico e de Saúde realizado em cinco países africanos (Burkina Faso, Camarões, Ghana, Quênia, e República Unida da Tanzânia), dois terços dos casais infectados pelo HIV eram serodiscordantes, o quer dizer que apenas um dos parceiros estava infectado.

Constatou-se que o uso do preservativo era raro: em Burkina Faso, por exemplo, cerca de 90% dos casais inquiridos que coabitam disseram que não tinham usado o preservativo da última vez que tinham mantido relações sexuais.

Em separado, um estudo baseado numa comunidade no Uganda mostrou que entre casais heterossexuais discordantes o parceiro não infectado tinha uma taxa estimada de 8% de contrair num ano o HIV. Surpreendentemente, em cerca de 30% a 40% dos casais serodiscordantes inquiridos, o parceiro infectado era a mulher.

Com efeito, constatou-se que mais de metade das mulheres inquiridas infectadas pelo HIV casadas ou coabitando tinham sido infectadas por alguém que não era seu actual parceiro.

➤ **Trabalho de sexo/prostituição**

Trabalho de sexo é um factor importante em muitas situações da epidemia de HIV na África Ocidental. Mais de um terço (35%) das trabalhadoras de sexo inquiridas em 2006 no Mali viviam com HIV, e foram documentados níveis de infecção excedendo os 20% entre trabalhadoras do sexo no Senegal e no Burkina Faso. O trabalho sexual tem um papel importante, mas não decisivo, na transmissão do HIV na África Austral, onde, excepcionalmente, um alto nível de prevalência dessa transmissão ocorre em relacionamento sexual não relacionado com trabalho de sexo.

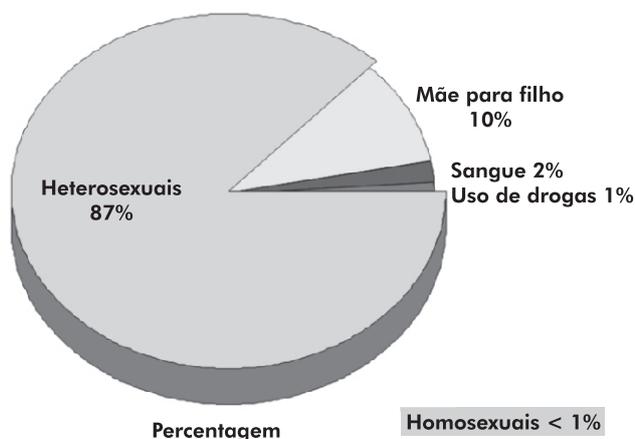
➤ **Uso de drogas injectáveis**

O uso de drogas injectáveis é um dos factores que contribui para a grande epidemia de HIV na África Oriental e Austral, incluindo as Maurícias, onde o uso de equipamento injectável contaminado é a principal causa de infecção pelo HIV. Em vários estudos, cerca de metade dos utilizadores de drogas injectáveis testados nas cidades quenianas de Mombassa (50%) e Nairobi (53%) eram seropositivos.

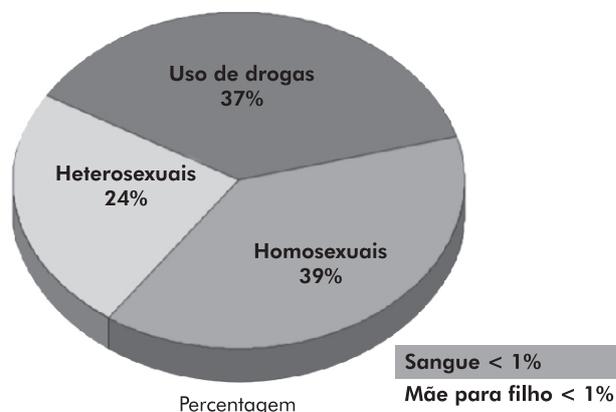
➤ **Homossexualidade**

Em certos países, muitos estudos recentes indicam que sexo anal não protegido entre homens, contrariamente ao que se pensa, é provavelmente o mais importante factor da epidemia na África Subsariana. Na Zâmbia, 1 em cada 3 (33%) de homossexuais revelou resultado positivo no teste de HIV. Na cidade portuária queniana de Mombassa, 43% dos homens que declararam ter tido sexo apenas com outros homens revelaram-se seropositivos. Em Dakar, no Senegal, num estudo entre 463 homens que mantiveram relações sexuais com homens, encontrou-se uma prevalência de 22% de HIV.

Casos de SIDA em África



Casos de SIDA em Países Industrializados



95



Estimativas de COV's em 2001 e 2010

Países	Órfãos em 2001	Estimativas de COV's em 2001	Órfãos em 2010	Estimativas de COV's em 2010
Etiópia	3,839,000	11,517,000	5,029,000	15,087,000
Quênia	1,659,000	4,977,000	2,099,000	6,297,000
Moçambique	1,274,000	3,822,000	1,820,000	5,460,000
Ruanda	613,000	1,839,000	687,000	2,061,000
RSA	1,528,000	4,584,000	2,303,000	6,909,000
Tanzania	1,928,000	5,784,000	2,152,000	6,456,000
Uganda	1,738,000	5,214,000	1,554,000	4,662,000
Zâmbia	874,000	2,622,000	1,083,000	3,249,000
Zimbabwe	2,104,000	6,312,000	2,882,000	8,646,000
TOTAL	15,557,000	46,671,00	19,609,000	58,827,000

COV's = Crianças Órfãs e Vulneráveis

Fonte: ONUSIDA - 2008 Relatório da epidemia global de SIDA

A situação do HIV e do SIDA em África é grave, diversa e muito complexa. Porém, a epidemia não está uniformemente distribuída pelo continente, progredindo com diferente intensidade e velocidade nos diferentes países. Dentro de cada país, as cidades encontram-se mais afectadas que as zonas rurais, apesar de algumas zonas rurais da Tanzânia, Quênia e Uganda possuírem maior prevalência que as zonas urbanas, devido à combinação de vários factores, como a mobilidade das populações, conflitos armados, corredores de transporte, etc.

Como pode ver-se no mapa mundial, a África Subsariana é, quando comparada com o resto do mundo, o epicentro da epidemia do HIV, pois, a prevalência de HIV nos adultos é de cerca de 11%. As estimativas indicam que 2/3 (63%) de todas as pessoas vivendo com HIV estão na África Subsariana, um terço das quais, ou seja 32%, vivem na África Austral. Mais, dos 2,1 milhões de pessoas que morreram de SIDA em 2006, cerca de 74% encontravam-se na África Subsariana. Em África, existem cerca de 13,3 milhões de mulheres infectadas, representando cerca de 60% dos adultos seropositivos em estado avançado da doença. Calcula-se também que três quartos (76%) dos jovens africanos de 15 a 24 anos infectados são raparigas.

Em alguns países da região como Moçambique, África do Sul e Suazilândia (33% das pessoas adultas, ou seja, 1 pessoa em cada 3, viviam com HIV em 2005, a mais intensa taxa do mundo) a prevalência continua a subir, enquanto em outros como o Zimbabue, o Quênia e o Uganda os dados disponíveis indicam existir uma estabilização, devido à mudança de comportamento, mais concretamente, à diminuição de parceiros sexuais, ao uso de camisas de Vénus, ao adiamento do início das relações sexuais entre os jovens, ao incremento de campanhas de educação, informação e comunicação e ao envolvimento e responsabilização comunitária neste processo. O Zimbabue é o único país da África Austral onde há evidência de decréscimo nacional tanto na prevalência como na incidência. No entanto, neste país, em cada cinco pessoas, uma vive com o HIV.

Na África do Sul, em 2005, cerca de 5,5 milhões viviam com HIV, e, segundo os dados, este número continua a crescer. A prevalência é também muito alta no Botswana, no Lesoto e na Namíbia. Por outro lado Angola possui a mais baixa prevalência da África Austral, inferior a 5% entre os adultos. Nas ilhas, como as Maurícias e Madagáscar, a prevalência é baixa quando comparada com a do continente.

Na África Oriental, particularmente no Uganda, no Quênia, no Ruanda, na Etiópia, na Eritreia e na Somália, a prevalência está estável ou em queda, apesar de haver indicações de que, no Uganda, se regista, de novo, um crescimento da prevalência.

Na África Ocidental, em países como o Burkina Faso, a Costa do Marfim, o Togo, etc. a prevalência entre adultos é mais baixa que a da África Subsariana, e está estável como na África Oriental.

Na África do Norte, em países como Marrocos, o Egipto, a Líbia, etc., devido a inadequada vigilância, é difícil obterem-se dados fiáveis.

Em muitos países da África Subsariana, a taxa de infecção nos adultos é superior a 20%, e a maioria dos infectados está na faixa etária dos 15 a 49 anos. São pessoas que se encontram em idade economicamente produtiva, e, também, em idade reprodutiva.

Em todos estes países, a maior parte das infecções dão-se através de relações heterossexuais ou transmitidas da mãe para os filhos. As situações que criam este cenário, são, entre outras, as seguintes:

- Muitos parceiros sexuais, tanto nos homens como nas mulheres;
- Falta de uso constante da camisa de Vénus, o preservativo, nas relações sexuais;
- Atitudes e comportamentos do homem que tem relações sexuais ocasionais sem

- preservativo;
- Relações sexuais entre gerações (raparigas adolescentes que têm relações sexuais com homens muito mais velhos que elas);
- Violência sexual baseada no género;
- Estigmatização de PVHS;
- Falta de diálogo de saberes entre os diferentes fazedores de cultura – incluindo as instituições estatais (escola, unidades sanitárias e tribunais), as lideranças das comunidades e lideranças religiosas;
- ITS que não são tratadas a tempo;
- A mobilidade das populações devido a fome, guerras, conflitos, etc.
- Factores culturais que tornam a mulher mais vulnerável à infecção por HIV;
- Baixo número de homens circuncidados;
- Falta de abertura no tratamento de assuntos relacionados com a sexualidade, o HIV e o SIDA, etc.

A SITUAÇÃO EM MOÇAMBIQUE

97  O primeiro caso de SIDA em Moçambique foi reportado em 1986 e, desde então, tem vindo a aumentar o número de casos. Em 1998, foram reportados 7.219 casos, muito embora este número não fosse consistente, uma vez que, nessa altura, a informação sobre o assunto era muito limitada.

A epidemia continua a crescer muito significativamente no país, sendo que algumas províncias registam taxas de infecção maiores do que outras. As mais afectadas são as províncias de Maputo, Manica, Tete, Sofala e Zambézia, que se encontram ao longo dos corredores de comunicação rodoviária com a África do Sul, o Zimbabwe, o Malawi e a Zâmbia. Nas províncias do sul e do norte, os mais afectados são os jovens entre os 15 e os 24 anos, onde a prevalência tende a subir. (Veja o mapa de Moçambique).

Moçambique é um dos 10 países mais afectados por HIV e SIDA no mundo. Em 2008, estima-se que 16,2 % da população - com idades compreendidas entre 15 e 49 anos - é seropositiva. Há variações geográficas consideráveis, estimando-se que, por exemplo, 25% das mulheres grávidas na Beira, na província central de Sofala, vivem com o vírus. Diariamente estima-se que ocorram cerca de 500 infecções. A pandemia de HIV e SIDA criou também uma crise de órfãos visto que aproximadamente 225.000 crianças perderam um ou ambos os pais por causa do SIDA.

HIV e SIDA em Moçambique em 2008

Número de pessoas que vivem com HIV	1.500.000
Taxa de prevalência de adultos com 15 a 49 anos	12.5%
Número de adultos com mais de 15 anos a viver com HIV	1.400.000
Número de mulheres com mais 15 anos a viver com HIV	810.000
Número de crianças com 0 a 14 anos vivendo com HIV	100.000
Número de mortes devido ao SIDA	81.000
Número de órfãos com 0 a 17 anos devido ao SIDA	400.000

Fonte: ONUSIDA - 2008 Relatório da epidemia global de SIDA

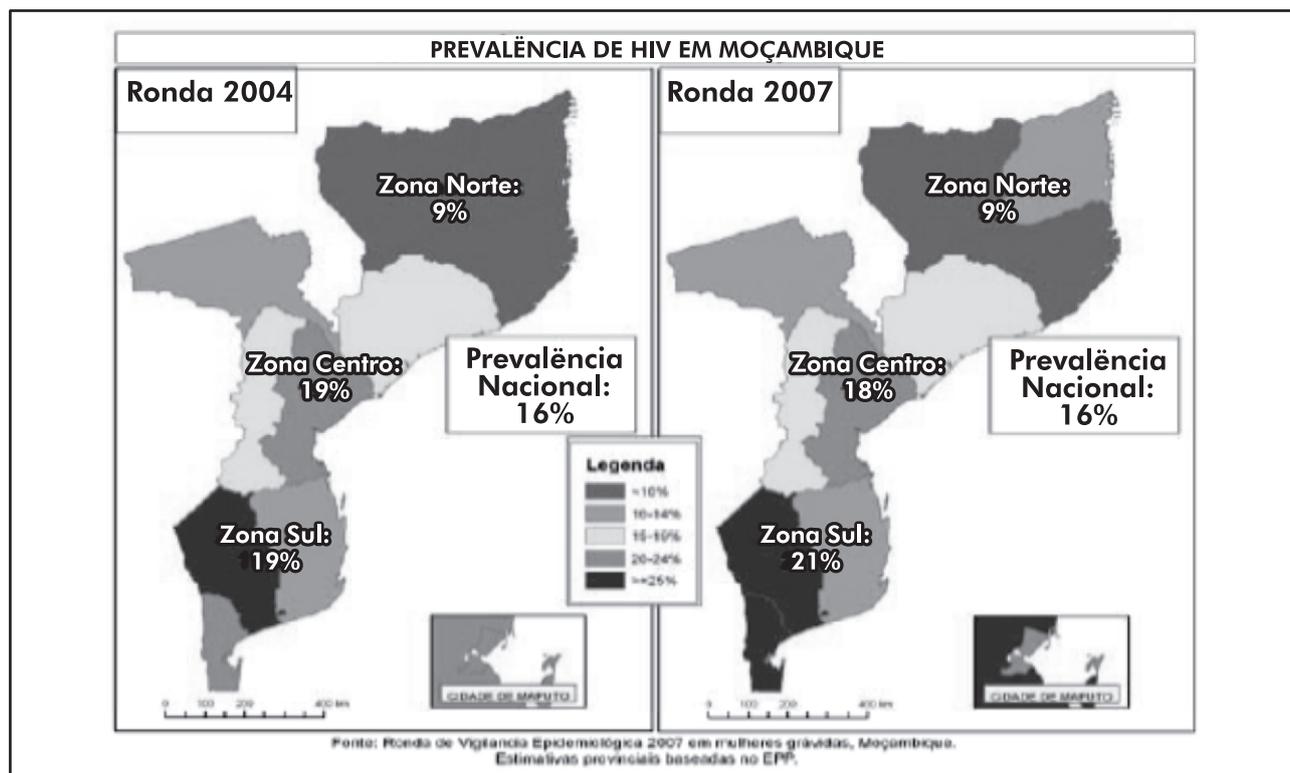
Taxas Ponderadas de Prevalência do HIV por Província, Região e Nacional. Moçambique, 2007

Países	Órfãos em 2001	Estimativas de COV's em 2001
Maputo Cidade	20.7%	23.0%
Maputo Provincia	20.7%	26.0%
Gaza	19.9%	27.0%
Inhambane	11.7%	12.0%
Sofala	26.5%	23.0%
Manica	19.7%	16.0%
Tete	16.6%	13.0%
Zambézia	18.4%	19.0%
Niassa	11.1%	8.0%
Nampula	9.2%	8.0%
Cabo Delgado	8.6%	10.0%
Nacional	16.2%	16.0%

Fonte: ONUSIDA - 2008 Relatório da epidemia global de SIDA

Como se pode observar na tabela acima, as províncias mais afectadas são Maputo Cidade, Província de Maputo, Gaza e Sofala, com mais de 20% de prevalência, seguidas das províncias da Zambézia e de Manica com prevalências acima dos 15%. Inhambane, Tete e Cabo Delgado têm percentagens acima dos 10%, Cabo Delgado tem uma prevalência de 10%, enquanto Nampula e Niassa têm as prevalências mais baixas do país, cerca de 8%.





Fonte: ONUSIDA - 2008 Relatório da epidemia global de SIDA

A prevalência regional é calculada através das taxas de prevalência provinciais observadas na população adulta (15-49 anos sexualmente activa e com risco de contrair infecções). De acordo com as figuras acima sobre a prevalência de HIV, o Sul de Moçambique mostra uma tendência ascendente na epidemia de 21% (16%-23). No Centro e Norte, a prevalência de HIV mostra uma ligeira diminuição de percentagem na ordem dos 18% (17%-21%) e 9% (7%-10%) respectivamente.

A prevalência nacional é calculada através das taxas de prevalência provinciais da população adulta. Em 2007, a prevalência de HIV a nível nacional era de 16% (14%-17%) entre adultos com idades de 15 a 49 anos. A prevalência nacional mantém índices idênticos aos de 2004 e rondou pelos 16%. Nota-se, no entanto, uma pequena alteração em relação a 2004. Como se pode observar, o centro e o norte mostram uma tendência de estabilidade, enquanto o Sul apresenta uma tendência ascendente na epidemia como um todo.

Há grandes variações entre as províncias, mostrando o sul um acentuado aumento na taxa de prevalência desde o último controlo epidemiológico feito em 2004. O crescimento mais acentuado na prevalência de HIV é constatado nas províncias de Gaza e Maputo.

Tal como nos países vizinhos, os factores demográficos, económicos e sócio-culturais que influenciam o alastramento da epidemia são:

- A população do país é jovem (cerca de metade da população do país tem menos de 15 anos);
- As populações migram para os países vizinhos ou para as cidades à procura de trabalho;
- A troca dos valores culturais tradicionais por valores das cidades onde vão viver para que se possam identificar com a comunidade de acolhimento, sem a devida correspondência na aquisição de novos conhecimentos sobre como a vida sexual se deve manifestar no novo meio;

- Falta de diálogo entre os diferentes fazedores de cultura, e o facto de a Escola ou a Unidade Sanitária quererem, por vezes, tomar o lugar dos actores transmissores culturais existentes nas comunidades (oficiais de rituais, matronas, madrinhas e padrinhos, médicos tradicionais, entre outros);
- A desigualdade económica e social das mulheres;
- Alto nível de ITS entre os adolescentes e jovens;
- Dificuldades na implementação dos programas educativos de saúde sexual e reprodutiva, HIV e SIDA nas escolas, reduzindo-se a cobertura de actividades de Informação Educação e Comunicação (IEC);
- Deficiente acesso para muitos grupos sociais a serviços preventivos e de cuidados de saúde;
- Dificuldades na oferta de serviços de educação e saúde a grupos de alto risco, como prostitutas, prisioneiros, emigrantes ilegais e meninos de rua.

Os jovens e, particularmente, as raparigas e mulheres são as camadas mais vulneráveis. Em 2005, a prevalência nas raparigas entre os 15 e 24 anos era de 10,7%, enquanto nos rapazes da mesma idade era apenas de 3,6%. O número de raparigas e mulheres a viver com HIV e SIDA cresce rapidamente, cresce conseqüentemente o número de crianças infectadas pela mãe por transmissão vertical através da placenta, do sangue e, também, do leite materno.

Razões para esta alta prevalência são, entre outras, as seguintes:

- Baixo nível de escolarização;
- Desistência dos estudos;
- Baixo ou nenhum uso de contraceptivos e camisas de Vénus;
- Falta de poder das mulheres para rejeitar relações sexuais ou negociar o uso de camisa de Vénus, o preservativo, nas relações sexuais;
- Violência sexual (doméstica e também na escola);
- Casamentos precoces;
- Pobreza e falta de oportunidades económicas;
- Muitos parceiros sexuais;
- Falta de conhecimentos de saúde sexual e reprodutiva.



TEXTO DE APOIO 1B

A RESPOSTA DE MOÇAMBIQUE AO HIV E AO SIDA: PROGRESSO E DESAFIOS

A epidemia pode ser restringida através de uma resposta apropriada

Há evidências de que os programas de prevenção têm êxito e que o alastramento da epidemia pode ser reduzido.

Moçambique, um dos países que assinou a declaração de compromisso da luta contra o HIV e o SIDA na sessão especial das Nações Unidas, está disposto a lutar contra a epidemia através de acções multissectoriais coordenadas pelo CNCS (Conselho Nacional de Combate ao SIDA) como único órgão de coordenação, guiado por um único Plano Estratégico Nacional. Este Plano Estratégico articula-se com o PARPA (Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta) e é complementado pela Estratégia de Comunicação já aprovada.

Plano Estratégico Nacional (PEN)

O país desenvolveu um segundo PEN multissectorial para o HIV e o SIDA, que abrange o período compreendido entre 2005 e 2009. O PEN foi desenhado com a participação da sociedade civil a todos os níveis, nacional, provincial e distrital, e envolveu todos os sectores de intervenção, incluindo a população-alvo. Tanto o Plano Quinquenal do Governo como o Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta e o Plano Económico e Social integram as questões concernentes a HIV e SIDA.

101



Apoio político

O CNCS foi criado em 2000 e é presidido pela Primeira-ministra. Tem por objectivo permitir a interacção entre o governo e a sociedade civil, o sector privado e as pessoas vivendo com HIV ou SIDA. As acções contra o HIV e o SIDA têm também apoio do Presidente da República e do Gabinete da Primeira-dama.

Política e Estratégias de Prevenção

A Estratégia Nacional promove fundamentalmente a educação, informação e comunicação sobre o HIV e o SIDA, assim como educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes (SSRA). Como complemento foi desenvolvida uma estratégia de comunicação, que foi posteriormente distribuída pelos parceiros para implementação junto dos beneficiários, visando promover com estes uma eficiente comunicação.

Foi ainda desenvolvido um programa nacional para jovens dentro e fora da escola com o nome de "Geração Biz", que está sendo implementado pelos Ministérios de Educação e Cultura, da Juventude e Desportos e da Saúde. Desenvolve-se um outro projecto em algumas províncias (Manica, Sofala e Zambézia), conhecido por "Meu Futuro é Minha Escolha", que visa atingir adolescentes fora da escola com idades compreendidas entre 12 e 15 anos.

O "Pacote Básico de Habilidades para a Vida para o Ensino Básico" é uma iniciativa do Ministério de Educação e Cultura. É composto por uma selecção de materiais educativos de Habilidades para a Vida com especial enfoque nos aspectos de HIV e SIDA.

Políticas e Estratégias de Cuidados e Apoio

O Ministério da Mulher e Acção Social desenhou uma Estratégia Nacional para atender as crianças órfãs e vulneráveis.

Monitoria e Avaliação (M&A)

Desde 2005 que foi estabelecido um sistema de Monitoria e Avaliação (M&A) nas instituições intervenientes no combate ao HIV e ao SIDA. O sistema é composto por 27 indicadores principais que farão parte do Plano de Acção, cuja implementação será levada a cabo durante a vigência do PEN no período de 2005 a 2009. O Ministério da Saúde também possui um sistema de M&A. Por outro lado, existe uma base de dados compartilhada entre os parceiros relativa a todos os projectos de HIV e SIDA.

Direitos Humanos

Foi aprovada em 2002 uma lei protegendo as pessoas vivendo com HIV no local de trabalho. Porém, essa lei não prevê com clareza a protecção das pessoas vivendo com HIV e SIDA (PVHS). Face a essa limitação, algumas ONG's e associações de PVHS, enquanto provedores de apoio (prevenção, aconselhamento e tratamento) aos infectados e afectados, submeteram uma proposta de lei mais ampla, isto é, uma lei que tenha em conta os direitos das PVHS, à Assembleia da República.

Sociedade Civil

As Organizações da Sociedade Civil (OSC) que trabalham em questões de HIV e SIDA e ligadas às plataformas de coordenação multisectorial, tais como o CNCS, não representam (toda) a sociedade moçambicana. No entanto, porque são grupos organizados para um certo fim, como o combate ao HIV e ao SIDA, o governo está envidando esforços para apoiar as OSC's, tornando-as mais fortes no processo de planificação, desenvolvimento de estratégias e políticas.

Desafios

Apesar de haver uma grande variedade de actividades de prevenção de HIV e SIDA a taxa de prevalência continua subindo.

O que está errado?

A prevalência do HIV em Moçambique subiu de 13,6%, em 2002, para 16,2%, em 2004 e 16,0% em 2007. Podem destacar-se as seguintes razões:

- Âmbito e eficácia das actividades de prevenção ainda reduzido;
- O alcance das actividades preventivas nas zonas rurais e recônditas do país (que representam cerca de 13 milhões da população do país) não é ainda o desejado;
- A capacidade das actividades Informação, Educação e Comunicação (IEC) de atingir as zonas rurais com conhecimentos e educação efectivos e com oferta de serviços para a comunidade ainda é precária;

A situação da prevalência do HIV, quando confrontada com comportamentos e dados sócio-culturais, apresenta resultados surpreendentes. De facto, as províncias com mais elevados níveis de infecção são as que reportam mais baixo comportamento de risco e vice-versa. Senão vejamos, no norte do país (Nampula, Niassa e Cabo Delgado), onde a prevalência é a mais baixa do país:

- As raparigas iniciam a sua actividade sexual muito cedo;
- Muito baixo uso de preservativo;
- Muito baixas taxas de testagem;
- Alta frequência de trabalhadoras do sexo;

Na região centro, onde a prevalência é a mais alta:

- O número reportado de parceiros não regulares é muito baixo;

Razões possíveis:

- Maior informação de dados comportamentais de 2000 em diante, altura em que o mais alto pico de incidência já havia passado
- No centro, a razão pode ser o resultado de intervenções intensivas na região e alta taxa de mortalidade provocada pelo SIDA



Outro desafio é a ligação entre a prevenção e os cuidados de forma a garantir-se uma resposta efectiva ao HIV. Ligando a prevenção aos cuidados, os benéficos são garantidos no que diz respeito a novas infecções, podendo as mortes ser evitadas porque as pessoas aprendem a defender-se e a cuidar de si e das PVHS, ou seja, aprendem a viver positivamente.

- Tornar as mensagens culturalmente mais sensíveis, tomando em conta as especificidades da comunidade beneficiária.
- Coordenação das actividades de prevenção a todos os níveis, nacional, provincial e distrital, o que só se revelará efectivo se o CNCS assumir a coordenação das actividades de prevenção.
- Por último, a necessidade de aumento de serviços de Prevenção e Tratamento com Retrovirais (PTV) nas unidades sanitárias de modo a evitar que mães seropositivas infectem seus filhos. Por outro lado, os serviços de saúde precisam de melhorar a sua prestação referente à prevenção e ao tratamento de Infecções de Transmissão Sexual (ITS).

Acessibilidade aos serviços de Saúde

103



Infelizmente, os serviços específicos para o HIV e o SIDA são, ainda, muito escassos no país, constituindo um grande obstáculo à prevenção e tratamento da doença. Por outro lado, cerca de 69% da população moçambicana vive nas zonas rurais e a grande distância dos centros de saúde, podendo ser superior aos 300 km, o que torna difícil para as pessoas procurarem estes serviços. Portanto, a melhoria do acesso das comunidades à saúde continua a ser um grande desafio dos serviços de saúde, que deve ser atendido com brevidade.

Recursos Humanos

A falta de funcionários qualificados nos serviços de saúde é outra das limitações do combate ao HIV e ao SIDA. O país, em 2007, tinha somente 608 médicos para um universo de 20 milhões de habitantes, e cerca de metade destes médicos (304) estavam na cidade de Maputo. Nestas condições, os serviços gerais prestados não são adequados e o HIV e o SIDA vieram agravar a situação. Há falta de pessoal médico qualificado, tornando, assim, quase impossível expandir os serviços de saúde especificamente orientados para atender o cada vez maior número de doentes de HIV e SIDA.

Mulheres e Crianças

Tal como em muitos países, a prevalência de HIV é maior nas mulheres, quer por razões biológicas, quer por razões sócio-culturais e económicas, entre outras. As mulheres são mais vulneráveis à infecção do que os homens, e as adolescentes muito mais do que os rapazes da mesma faixa etária. Deste modo, é importante que as questões de género sejam amplamente discutidas de forma a “empoderar” a mulher em questões relativas à sua saúde e bem-estar. Neste sentido, foi desenhada a Política Nacional de Género e a sua Estratégia de Implementação, estando em elaboração o Plano Nacional de Acção contra a violência de que as mulheres são vítimas.

Por outro lado, estima-se que existam, no país, cerca de 325.000 órfãos devido ao HIV e ao SIDA, prevendo-se que, em 2010, haja cerca de 500.000 órfãos de mãe, dos quais 50% serão órfão devido a morte de seus pais por HIV e SIDA. Estes órfãos sofrerão de exclusão social, má nutrição, vulnerabilidade e privação. Sendo as crianças a janela de esperança do país, há necessidade de se reduzir nelas o efeito da epidemia de HIV e SIDA. Os programas de prevenção no seio destas crianças permitirão que muitas possam participar em programas sociais e culturais que forneçam a base para o combate ao HIV e ao SIDA no futuro.



Sociedade Civil e Comunidades

Para que os programas de prevenção e combate ao HIV e ao SIDA sejam eficientes, o papel da sociedade é fundamental, porque a questão do HIV e do SIDA não diz somente respeito ao governo. É importante que toda a sociedade moçambicana esteja mobilizada e organizada para combater o HIV e o SIDA, principalmente, nas zonas rurais onde as organizações de base são muito importantes na vida das comunidades. Estas organizações precisam de ser fortalecidas técnica e financeiramente para que possam desempenhar um papel activo no combate ao HIV e ao SIDA¹⁴.

Nutrição

A epidemia do SIDA reduziu drasticamente a capacidade das comunidades de produzirem os seus alimentos, porque as pessoas doentes perdem a capacidade de trabalhar. Muitas vezes, trata-se de chefes de família ou dos seus membros mais produtivos, que passam a precisar e a depender dos alimentos produzidos por outros. Para minorar esta situação, os Ministérios da Mulher e Acção Social e da Agricultura colaboram com os parceiros para implementar iniciativas com vista a melhorar a segurança alimentar, fornecendo alimentos às pessoas doentes e suas famílias, etc. O aumento do conhecimento sobre o teor nutritivo dos alimentos, e sua aplicabilidade no reforço do sistema imunológico do indivíduo em geral, e do infectado em particular, alimentos que abundam nas comunidades rurais, como frutas, folhas e raízes, é também parte deste exercício.

Coordenação

A questão do HIV e do SIDA é uma questão médica, mas também social, pelo que o seu combate e prevenção precisam de esforços redobrados e coordenados entre diversas instituições do governo, doadores e organizações comunitárias, etc. A coordenação constitui um grande desafio para todos os intervenientes, principalmente para o CNCS enquanto instituição responsável pela coordenação multisectorial. O CNCS tem estado a dar apoio financeiro às organizações no sentido de estas melhorarem o seu desempenho, tendo em vista aumentar a sua capacidade para gerir com eficiência as suas actividades.

Diálogo de Saberes

Considerando que Moçambique abriga uma sociedade plural e diversificada no seu território, áreas urbanas e rurais, com diferentes maneiras de o ser humano expressar o comportamento de uma maneira geral, e a sua sexualidade em particular; considerando também o carácter da pandemia do HIV e SIDA, que não é somente uma questão médica; considerando ainda que na sociedade existem, e coexistem, saberes ligados à ciência moderna (os professores e os técnicos de saúde, como médicos, enfermeiros, parteiras, etc.), às grandes religiões universais (padres, pastores, profetas e maulanas) e à cultura africana (madrinhas e oficiais dos ritos de iniciação em determinadas comunidades e grupos étnicos, médicos tradicionais, matronas, chefes), torna-se importante que estes actores juntos identifiquem o problema que conduz ao aumento da prevalência de HIV e SIDA nas suas comunidades, infectando aos indivíduos em geral, e os jovens em particular. E uma vez identificado este problema (incluindo os factores de risco e as situações de vulnerabilidade) é necessário que em conjunto procurem soluções para melhor atacá-lo.

Para o CNCS, esta abordagem sócio-cultural tem sido um desafio a ser melhor discutido e adoptado em larga escala. A ser disseminado entre as comunidades com o apoio das unidades sanitárias, das escolas e das organizações da sociedade civil, incluindo neste todo o saber da chamada sociedade tradicional. A meta é atingir-se o objectivo de todos dialogarem com todos num Diálogo de Saberes. Cada actor social a fazer seu papel enquanto fazedor e disseminador de cultura; a contribuir para identificar o problema ligado ao HIV e ao SIDA e identificar soluções viáveis para colmatá-lo ou combatê-lo, a curto, médio e longo prazos, para mitigar seus efeitos. Cada fazedor de cultura a influenciar os membros da comunidade, junto ao meio sócio-cultural onde tem mais inserção, num trabalho conjunto e em coordenação, de todos com todos, para o bem comum¹⁵.

¹⁴ Veja no Módulo VI, as propostas de interacção das organizações da sociedade civil com a comunidade para aumentar a participação das mesmas no combate ao HIV e SIDA.

¹⁵ Veja mais detalhes no Módulo VI.

TEXTO DE APOIO 1C A EDUCAÇÃO E OS OBJECTIVOS DO MILÉNIO E DA "EFA" (EDUCAÇÃO PARA TODOS)

Moçambique tem uma população de aproximadamente 20 milhões de habitantes, sendo 44,8% menores de 15 anos. A sua população entre os 10 e os 24 anos de idade é de cerca de 4.918.797 jovens. Destes, 3,5 milhões são estudantes nos diversos níveis de ensino.

O sistema educativo conta com mais de 50 mil professores no ensino básico. Um estudo realizado pelo MEC e pelo INE aponta uma perda de 17 a 20% do contingente actual de professores até 2010 (PEN, 2002:4) por causa do HIV e do SIDA, o que significa que o MEC perderá cerca de 9.200 professores em 10 anos. O mesmo estudo conclui que para reverter este cenário será necessário formarem-se mais 25% de professores previstos nos planos. Paralelamente, o relatório da ONUSIDA estimava que 1,3% dos alunos iria perder os seus professores até 1999, ilustrando o quanto o HIV e o SIDA afectarão a oferta de educação do país e, conseqüentemente, o objectivo de se atingir, em 2015, não só a universalidade do ensino primário mas também a equidade de género.

Aliada à perda de professores, assistir-se-á à deterioração da qualidade da educação devido à diminuição progressiva de professores formados, ao aumento de absentismo dos professores infectados pelo HIV e à redução de recursos dos pais e da comunidade, fazendo com que os pais não possam mandar os seus filhos à escola e com que os órfãos deixem de frequentar a escola.

105  Neste domínio, o sector da educação enfrenta um grande desafio. Por um lado, terá que prover os jovens de conhecimentos e habilidades visando a prevenção; por outro lado, deverá criar condições para atrair para o sistema educativo os jovens que ainda estão fora da escola e, ainda, dotar os professores com conhecimentos, habilidades e atitudes de prevenção para serem capazes de educar os seus alunos a partir desses conhecimentos e práticas. Note-se que os professores primários, recém-formados e contratados, assim como os alunos de diferentes níveis de ensino, são jovens, o que torna o HIV e o SIDA um dos maiores constrangimentos para a educação. Importa atender de forma particular os professores, devido à sua vulnerabilidade, à necessidade de serem repostos e ao facto de ser um grupo que, pela sua profissão e missão, deve influenciar os comportamentos das crianças. Os professores são chamados a ser um veículo importante de difusão de conhecimentos, habilidades e atitudes na escola e na comunidade em relação à prevenção e combate ao HIV e ao SIDA.

Face a esta situação, o sector da educação introduziu no novo currículo da educação básica uma abordagem transversal de conteúdos de SSRA, ITS, e HIV e SIDA; desenvolveu um programa de prevenção para os seus profissionais; promoveu educação não formal e actividades extracurriculares para o desenvolvimento de habilidades para a vida; os mais conhecidos são o Programa Geração Biz e o Pacote Básico. E, em coordenação com os parceiros de cooperação, o MEC definiu políticas coerentes para prevenção do impacto do HIV e do SIDA e desenvolveu uma estratégia de comunicação destinada a crianças e jovens. Ao mesmo tempo, promoveu a utilização dos serviços de saúde, GATV's, aconselhamento em SSRA, ITS, HIV e SIDA e o uso de preservativos. No entanto, nas políticas e estratégia definidas, não é considerada adequadamente a situação particular dos órfãos que, além de terem perdido os seus pais, muito provavelmente, estão perdendo a possibilidade de protecção e de permanecer escolarizados.

Apesar dos esforços e programas referidos, os seus resultados não são ainda visíveis. Continuam prevalecendo comportamentos de risco tanto nos professores como nos alunos, havendo necessidade de persistência na implementação das estratégias definidas, assim como na sua monitoria e avaliação, adequando-as, permanentemente, para que os níveis de prevalência diminuam consideravelmente.

A situação dos órfãos deve constituir uma prioridade a ser equacionada, uma vez que o seu número vai continuar a aumentar nos próximos anos, frustrando as pretensões de Moçambique de alcançar a educação primária universal bem como a equidade de género, porque, muito provavelmente, as raparigas terão que deixar a escola para tratarem de seus parentes doentes de SIDA.

TEXTO DE APOIO 1D

INICIATIVA BASEADA NA SAÚDE ESCOLAR

Esta iniciativa tem como objectivo melhorar o processo de ensino/aprendizagem através da melhoria da saúde e nutrição das crianças em idade escolar.

A estratégia desta iniciativa é desenvolver:

- Políticas escolares relacionadas com a saúde escolar
- Provisão de água potável e serviços de saúde pública para promover um ambiente de aprendizagem saudável
- Capacidades para fazer a ligação entre saúde, higiene e educação nutricional
- Saúde com base na escola e serviços nutricionais
- As bases da saúde escolar em diálogo com os outros saberes existentes na comunidade.

1. Recursos virados para a Saúde Escolar

Aumentar a Qualidade e Equidade da Educação

Educação para Todos (EFA: *Education for All*) significa assegurar que todas as crianças tenham acesso a educação básica de qualidade. Isto implica criar um ambiente escolar e programas de educação através dos quais as crianças aprendam efectivamente saberes relevantes para as suas vidas. Um ambiente que seja, para as crianças, amigável, receptivo, saudável, sensível e protector. A criação e o desenvolvimento desse ambiente educativo e de aprendizagem constitui a essência dos esforços empreendidos por muitos países para aumentar o acesso e melhorar a qualidade do processo de ensino/aprendizagem nas escolas.

A Declaração Mundial da “Educação para Todos” refere que a saúde degradada e a desnutrição são factores subjacentes importantes para os baixos índices de escolarização, taxas de absentismo, fraco desempenho e abandono escolar precoce. Por isso, programas para a promoção, na idade escolar, de uma boa saúde, higiene e nutrição são essenciais para o desenvolvimento da educação básica para todas as crianças.

Uma boa saúde e nutrição são essenciais para uma boa qualidade educacional. Crianças saudáveis e bem nutridas estão em condições adequadas de participar activa e eficazmente no processo de ensino e aprendizagem. Os programas de provisão de alimentos nas escolas primárias melhoram a saúde e nutrição das crianças em idade escolar, contribuindo para melhorar a sua aprendizagem e os resultados educacionais. Por outro lado, uma boa qualidade educativa promove melhorias na saúde e nutrição das crianças, especialmente, das meninas, com consequências positivas para as próximas gerações. Para além disso, uma escola com ambiente saudável ajuda a proteger as crianças de perigos contra a saúde, o abuso e a exclusão social.

2. A Estrutura Básica para uma Saúde Escolar Efectiva e Programa Nutricional

A estrutura aqui descrita é o ponto de partida para desenvolver uma componente de saúde escolar efectiva num esforço mais amplo para tornar as escolas mais eficientes e agradáveis para as crianças. Muito mais poderia ser feito, mas se todas as escolas implementarem estas quatro intervenções, haverá um benefício imediato, significativo e uma base para uma futura expansão. O objectivo é implementar possíveis intervenções mesmo nas escolas mais pobres das áreas rurais distantes, promovendo processos de ensino e aprendizagem efectivos através de uma melhor saúde e nutrição. O envolvimento das comunidades, absorvendo os conhecimentos existentes que são positivos para o propósito de um programa nutricional equilibrado, e corrigindo o que é negativo, é um factor essencial para se atingirem os objectivos preconizados neste sector.

3. Estrutura Principal para a Acção

A. As Quatro Principais Componentes:

As quatro componentes deveriam estar presentes em todas as escolas em diálogo interactivo com as comunidades.

Um maior envolvimento das comunidades, com a Escola a estabelecer diálogo com os fazedores de cultura existentes nas diferentes comunidades, torna-se assim uma mais-valia para assegurar o sucesso destas quatro componentes.

- (i) **Políticas escolares relacionadas com a Saúde Escolar** - políticas de Saúde Escolar, o desenvolvimento de competências educacionais para a saúde e a provisão de alguns serviços de saúde, podem contribuir para a promoção da saúde integral, higiene e nutrição das crianças. No entanto, as políticas para a saúde deveriam assegurar também um ambiente físico seguro e um ambiente psicossocial positivo, abordando e gerindo assuntos relativos ao abuso aos estudantes, assédio sexual, violência escolar e tirania. Garantindo a educação de alunas grávidas e mães jovens, as políticas de saúde escolar ajudarão a promover a inclusão e a equidade no ambiente escolar. As políticas que visam prevenir e reduzir o assédio por outros estudantes e professores contribuem, também, para se lutar contra as razões pelas quais as meninas saem ou são retiradas das escolas. As políticas sobre as práticas relacionadas com a saúde dos professores e dos estudantes podem reforçar a educação para a saúde: os professores passam a ter um papel positivo e a agir como modelo para os seus estudantes, por exemplo, não fumando na escola. Estas políticas são melhor desenvolvidas quando se envolvem os decisores políticos, os professores, as crianças e os pais.
- (ii) **Provisão de água potável e saneamento** - O ambiente escolar pode danificar o estado de saúde e nutrição das crianças em idade escolar, particularmente se aumentar a sua exposição ao perigo de doenças infecciosas transmitidas pela água. A educação para a higiene não tem sentido se não houver água limpa e instalações de saneamento adequadas. Deve ser uma meta para o país assegurar que todas as escolas tenham acesso a água potável e saneamento. Providenciando estas instalações, as escolas reforçam as mensagens de saúde e higiene e tornam-se exemplo para os estudantes e para a comunidade onde a escola se insere.
- (iii) **Capacidades para fazer a ligação e interacção entre saúde, higiene e educação nutricional** - Esta ligação entre saúde, higiene e educação nutricional está virada para o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes, valores e competências para a vida, pelo que a saúde neste contexto estende-se para além da saúde física para incluir assuntos de saúde psicossocial e ambiental. Mudanças nos factores sociais e de comportamento dão maior relevância a questões de saúde, como HIV e SIDA, gravidez precoce, violência, uso de tabaco e droga. O desenvolvimento de atitudes relacionadas com a equidade de género, o respeito entre as raparigas e os rapazes e o desenvolvimento de capacidades específicas, como a negociação, a pressão social, são importantes para desenvolver as competências educacionais de saúde e ambientes psicossociais positivos. Quando os indivíduos têm essas capacidades, têm maior probabilidade de adoptar e manter um estilo de vida saudável durante o tempo escolar e o resto das suas vidas.



- (iv) **Saúde escolar e serviços de nutrição** – As escolas podem tratar de modo eficaz assuntos relacionados com a saúde e serviços nutricionais, desde que estes sejam simples, seguros e familiares, e orientar problemas prevalentes e reconhecidos como importantes pela comunidade. Se estes forem o critério e as práticas estabelecidas, a comunidade verá o professor e a escola de uma forma mais positiva, ao mesmo tempo que os professores tomarão consciência da importância do seu papel para a escola e para a comunidade. Por exemplo, deficiências em micronutrientes e infecções por lombrigas podem ser tratadas com eficácia através de tratamento oral, de seis em seis meses ou anualmente. Mudar o horário das refeições, ou, a curto prazo, providenciar um lanche aos alunos durante o horário escolar, mitigando a sua situação de fome – um constrangimento importante para a aprendizagem – pode contribuir para melhoria do seu desempenho escolar. Realizar com os alunos peças de teatro incrementará a sua participação na sala de aulas.

B. Estratégias de Apoio:

- (i) **Parcerias entre professores e trabalhadores de saúde, entre a Educação e o sector de Saúde** – Os programas de Saúde Escolar exigem uma parceria entre os Ministérios da Educação e da Saúde, e entre os professores e os trabalhadores da Saúde. O sector de Saúde detém a responsabilidade pela saúde das crianças, mas o sector da educação é responsável por implementar e desenvolver, com frequência, programas escolares de apoio à criança. Estes sectores precisam de identificar as suas respectivas responsabilidades e de levar a cabo acções coordenadas visando melhorar a saúde e os resultados da aprendizagem das crianças.
- (ii) **Parceria com a Rede Nacional de Activistas do Programa Geração Biz (PGB)** - Através do PGB, os adolescentes e jovens dentro e fora da escola adquirem conhecimentos e habilidades e têm acesso a serviços de qualidade orientados para a promoção da mudança de comportamento no âmbito da saúde sexual e reprodutiva, do HIV e do SIDA.
- (iii) **Parecerias comunitárias** – Promover uma interacção positiva entre a escola e a comunidade é fundamental para o sucesso e a sustentabilidade de qualquer processo de melhoria na escola. As parcerias comunitárias geram um ambiente de colaboração, compromisso e propriedade comunal. Essa colaboração contribui para a comunidade sentir a valorização do seu saber, na atitude demonstrada pela integração das suas lideranças, os fazedores de cultura, com os actores que representam as instituições do Estado. Essa colaboração promove, no seio da comunidade, a consciencialização pública para os problemas das nossas escolas e das nossas crianças. Na componente de saúde escolar, o apoio dos pais e a cooperação mútua entre a escola e os pais permitem que a educação sobre a saúde seja partilhada e reforçada no lar. O envolvimento mais amplo da comunidade (por exemplo, o sector privado, organizações comunitárias e grupos de mulheres) pode aumentar e reforçar a promoção da saúde escolar assim como a disponibilidade de recursos. Esta colaboração orientada para fazer da escola uma instituição mais acolhedora para as crianças, ajudará a identificar os assuntos de saúde que precisam de ser tratados pela escola e a implementar actividades direccionadas para os abordar.

O ponto forte aqui é garantir o diálogo de saberes entre os diferentes fazedores de cultura. Entre aqueles que estruturam as normas tradicionais que guiam o comportamento dos membros das comunidades, especialmente o comportamento sexual e a sexualidade, com os actores sociais que representam o Estado e as religiões universais.



- (iv) **Participação e consciência do aluno** - as crianças devem ser participantes activos em todos os aspectos dos programas de saúde escolar e não simplesmente receptores passivos. Participando activamente em todo o processo de implementação e desenvolvimento de políticas de saúde, nos esforços para criar um ambiente mais seguro e saudável, na promoção de saúde dirigida para os seus pais, as outras crianças, juntamente com os membros da comunidade e os serviços de saúde escolar, aprendem sobre saúde "fazendo". Este é um modo eficaz para ajudar os jovens a adquirir conhecimento, atitudes, valores e capacidades necessários para adoptar estilos de vida saudáveis, apoiar a saúde e a "Educação para Todos".



A. No indivíduo:

- Imunodeficiência (enfraquecimento do sistema imunitário, das defesas naturais do corpo contra infecções) conduzindo a infecções secundárias (tais como diarreias, cancro de pele, pneumonia, etc.);
- 50% dos adultos a quem se diagnostica SIDA, se não tiverem acesso à terapia anti retroviral (TARV), morrem cerca de 18 meses após a informação;
- Rejeição por parte dos amigos e entes queridos; isolamento social ou afastamento das actividades comunitárias;
- 15% a 30%, de crianças nascidas de mães seropositivas são, também, seropositivas, a não ser que tenham sido integradas num programa de prevenção da transmissão da mãe para a criança (transmissão vertical);
- Questões do foro psicológico, incluindo:
 - Medo da dor e da morte (especialmente de morrer sozinho);
 - Sentimentos de perda em relação às suas ambições, à autoconfiança, à atracção física, ao poder, ao relacionamento sexual, ao seu estatuto social na comunidade, à estabilidade financeira, aos planos futuros e independência;
 - Raiva de si próprio, culpando-se por ter contraído o HIV;
 - Tendências suicidas – podem ser consideradas como uma forma de evitar a dor e o desconforto ou de atenuar a vergonha perante os seus entes queridos;
 - Perda de auto-estima e sentimentos de auto-desprezo causados pela rejeição dos colegas ou entes queridos, combinada com o impacto físico das doenças provocadas pelo HIV, como a deformação, o desgaste físico e a perda de força;
 - Hipocondria – estado obsessivo de preocupação com a saúde e de evitar infecções;
 - Sentimento de culpa pela possibilidade de ter infectado outros e pelo seu próprio comportamento de que resultou a infecção, e, ainda, pelo sofrimento que causará aos seus entes queridos, especialmente, às crianças, pela dureza da sua enfermidade;
 - Depressão provocada pela ideia de falta de cura, pelo sentimento de impotência e pela perda de auto-controlo;
 - Ansiedade devido a:
 - Prognóstico a curto e/ou a longo prazo;
 - Risco de infecção por outras doenças;
 - Risco de infectar outros;
 - Perda da independência física e financeira;
 - Declínio progressivo das suas capacidades;
 - Previsão de um futuro de não-aceitação social e exclusão de possíveis relações sexuais;
 - Perda de privacidade;
 - Não disponibilidade de tratamento médico/dental apropriado;
 - Dificuldade dos entes queridos em lidar com a situação;
 - Medo de morrer com dor ou sem dignidade;
 - Possibilidade de isolamento e abandono;

- Medo de perder ou de ver-lhe negado o acesso ao emprego de forma arbitrária;
- Medo, ansiedade, paranóia e perda de auto-estima de pessoas não infectadas próximas de indivíduos seropositivos;
- Actos discriminatórios contra membros de certos grupos, como os de homens que têm sexo com homens (HSH) (homossexuais) ou utilizadores de drogas injectáveis (UDI);
- Negação de entrada em determinados países.

B. Na Família:

- Tensão psicológica dos familiares provocada por raiva, pena, frustração e incapacidade de lidar com as necessidades do indivíduo infectado;
- Discriminação e rejeição enfrentadas pelos familiares encarregados de cuidar do indivíduo infectado;
- Problemas económicos provocados pelo custo elevado dos medicamentos e hospitalização frequente para além da incapacidade de trabalhar.

C. Na Comunidade:

- Os fundos destinados a outras áreas de necessidade pública são absorvidos pelos custos associados à prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidados para SIDA;
- Enfraquecimento do sistema de Saúde e das companhias de seguro;
- Perda de capacidade económica e produtividade da juventude devido à doença.

D. Impacto nas mulheres:

- O HIV e o SIDA e as outras ITS afectam mais as mulheres no plano psicológico, sócio-cultural e económico;
- As mulheres, pela sua condição biológica, são mais vulneráveis às infecções de HIV e outras ITS;
- As mulheres não têm poder para recusar ter relações sexuais - a sociedade privilegia os desejos sexuais do homem e o prazer deste;
- As relações sexuais entre raparigas jovens e homens adultos aumentam a sua vulnerabilidade fisiológica;
- Em África, o abuso sexual ou violência contra a mulher, dentro e fora do casamento, é considerado banal;
- As condições económicas tornam as mulheres, com frequência, vulneráveis ao HIV e outras ITS quando elas se vêem obrigadas, na sua luta pela sobrevivência quotidiana, a se envolver em actividades sexuais de alto risco;



- A dependência económica e o seu baixo estatuto social tornam as mulheres impotentes para impedir que o seu marido se envolva em casos extraconjugais ou para impor a este o uso do preservativo, mesmo quando sabem que correm risco de contágio;
- A sociedade espera que as mulheres façam todo o trabalho doméstico, assumindo a grande responsabilidade de cuidar e dar atenção aos seus filhos e ao marido. Para além desta condição, recai sobre elas, ainda, a pesada tarefa de tomar conta dos membros da família doentes de SIDA.

E. Atenuação do Impacto:

A morte devido ao SIDA produz um número elevado de órfãos; as crianças tornam-se, frequentemente, chefes de família; e as pessoas mais velhas são abandonadas à sua sorte. As estratégias seguidas por estas famílias são reduzir o consumo, esgotar as poupanças, vender recursos (terra, veículos e gado) e obter empréstimos monetários. Contra esta situação, a ONUSIDA e os seus co-patrocinadores empreenderam vários projectos, inclusive financiando importantes estudos e publicações, com o objectivo de que se partilhem experiências entre regiões, países e distritos, tentando aliviar o impacto do SIDA.

Economicamente:

- A falta de acesso das mulheres ao emprego, a sua responsabilidade pelas crianças e a sua forte dependência em relação a parceiros masculinos ameaçam a estabilidade económica e a subsistência familiar. Essas circunstâncias impedem que a mulher opte pela prevenção contra o HIV;
- Algumas mulheres são empurradas a optar por trabalho de sexo (prostituição) como uma estratégia económica, expondo-se a um alto risco de infecção por HIV.

112



Impactos Económicos do SIDA

Sector	Individual	Comunitário	Nacional
Saúde	Despesa crescente	Despesa crescente	Necessidade de expandir infra-estruturas de saúde
Educação	Absentismo	Valor decrescente dos recursos humanos no futuro	Perda de pessoal qualificado
Comércio & Industria	Perda de produção e produtividade	Emigração crescente	Efeitos negativos para o turismo
Agricultura	Perda de produção e produtividade	Redução das áreas cultivadas	Ameaça à segurança alimentar

Impacto Sócio-cultural do SIDA

Forma	Comunidade	Família	Indivíduo
Directa	Violação de direitos humanos	Discriminação e exclusão	Discriminação e exclusão ¹⁶
Indirecta	Redução da solidariedade pelo elevado número de órfãos	Desestruturação da família	Estigma e isolamento, numa cultura que se rege pelo colectivo

Custos e Fases da Infecção do HIV

113



Custo	Antes da Infecção	Infecção	Doença	Morte
Directo	Controlo e medidas preventivas	Rastreio e cuidado externo	Cuidado interno	Enterro e despesas associadas
Indirecto	Poupanças	Produtividade mais baixa dos membros doentes	Produtividade mais baixa e perda de rendimentos	Rendimento precedente
	Seguro	Redução no consumo e no investimento	Redução no consumo e no investimento	Queda no rendimento familiar
	Aceitação de menos riscos, mas também menos empregos bem pagos	Custo pela necessidade de tomar conta de um membro doente	Custo pela necessidade de tomar conta de um membro doente	Saúde precária dos membros sobreviventes
		Custo psicológico para o doente e outros membros família	Custo psicológico	
		Custo para outros involuntariamente afectados pelo membro doente		

Fonte: ONUSIDA

¹⁶ Na mulher, este impacto sócio-cultural é mais forte, pois a ela é, regra geral, imputada a infecção do seu companheiro.

TEXTO DE APOIO 2B

O IMPACTO DO HIV E DO SIDA NO SISTEMA DE ENSINO

Os países que não prestam atenção adequada ao controlo da epidemia quando as suas taxas de prevalência são ainda relativamente baixas correm o risco de enfrentar, no futuro, um grande desafio. Quando a epidemia se espalha, a tendência é propagar-se muito mais rapidamente, uma vez que são afectados mais indivíduos e diferentes grupos da sociedade. De referir que o mesmo fenómeno se aplica a nível nacional, do país, no caso das províncias com baixos índices de prevalência. Assim, deve-se promover, de maneira geral e em todo o país, a prevenção de forma contínua e activa, devendo o mesmo princípio ser válido para o trabalho de prevenção ao nível escolar. Consequentemente, o professor afecto a uma Escola onde os níveis de prevalência do HIV e do SIDA sejam baixos, deve trabalhar e engajar-se, activa e continuamente, para manter esse nível baixo.

A epidemia de HIV e SIDA não afecta só os indivíduos mas também todas as instituições sociais. Os empreendimentos no desenvolvimento humano são enfraquecidos à medida que os países perdem para a epidemia jovens e pessoal em idade activa, as economias se estancam, as famílias caem em pobreza extrema, elevando-se os custos de prevenção e combate contra a doença. Assim, forma-se uma espiral em que, ao se deteriorarem as condições socioeconómicas, as pessoas e comunidades tornam-se ainda mais vulneráveis à epidemia.

O impacto no sistema de ensino

O HIV e o SIDA constituem uma séria ameaça para os sistemas educativos. O impacto da epidemia nos sistemas africanos de educação evidencia claramente que os países do continente africano precisam de ser muito mais agressivos na prevenção e combate ao HIV e ao SIDA. Se nada for feito para conter a epidemia, o impacto do HIV e do SIDA tornar-se-á muito mais grave do que tem sido até agora.

- **Demanda da Educação** – O HIV e o SIDA têm um efeito negativo nos sistemas educativos, porque provocam o decréscimo do número de estudantes nas escolas. À medida que a epidemia avança, é maior o número de crianças doentes, e muitas delas, particularmente as meninas, são retiradas da escola para passar a cuidar de parentes doentes ou a assumir responsabilidades domésticas (aumentando assim a sua vulnerabilidade e a possibilidade de serem exploradas). Sob o ponto de vista de capacidade financeira, são menos as famílias que podem apoiar a educação dos seus filhos. Por razões de ordem psicológica, relacionadas com o estigma social, as crianças estão menos dispostas a entrar e a permanecer na escola, ou começam a sentir sérios problemas de aprendizagem.
- **Provisão da Educação** – O sector da Educação passa a enfrentar a perda de recursos humanos, particularmente, professores, directores de escolas e pessoal de apoio, devido a morte, a doença ou a trauma psicológico pela morte de familiares com SIDA, vindo assim reduzida drasticamente a sua capacidade de trabalho. Além disso, as escolas passam a receber menos apoio das famílias e das comunidades.
- **Conteúdo da Educação** – Os conteúdos dos actuais currículos do ensino básico, do Ensino secundário Geral e da formação de professores foram reformulados tendo em vista, entre outros assuntos, incluir as necessidades da aprendizagem relacionadas com a epidemia do HIV e do SIDA e com as mensagens sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva. Nos currículos abordam-se questões relativas a como lidar com a doença e a morte por HIV e SIDA na família, à não-discriminação de pessoas que vivem com a doença e às questões de género e competências para a vida. No caso de Moçambique, estes conteúdos, já introduzidos no currículo do ensino básico, estão, neste momento, a ser introduzidos no primeiro ciclo do ensino secundário, um processo que culminará com a reformulação de todo o currículo do ensino secundário.



- **Qualidade da Educação** – Se o sector da Educação não apoiar os professores afectados pelo SIDA, providenciar substituições adequadas para os que ficam doentes ou morrem, não providenciar os conhecimentos e as capacidades de que os jovens precisam numa sociedade afectada pelo SIDA, a qualidade do sistema de ensino, será reduzida em todos os níveis de educação.
- **Plano da Educação** – O HIV e o SIDA têm um grande impacto nos ministérios, departamentos, agências e órgãos decisores políticos responsáveis pela planificação e distribuição de recursos destinados à educação. Antecipar e depois lidar com o impacto da epidemia na demanda, provisão, conteúdo e qualidade de educação a este nível são tarefas demoradas que requerem muito tempo e perícia, mas eficientes a longo termo.

TABELA PARA APRESENTAÇÃO DE TRABALHO DE GRUPO

Classificação dos Efeitos do HIV e do SIDA

115



	Físico	Emocional	Social	Cultural	Económico
Individuais					
Na família					
Na comunidade					
No país e no mundo					

TEXTO DE APOIO 2C

IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO SECTOR DA EDUCAÇÃO NA LUTA CONTRA A EPIDEMIA

Na ausência de cura e vacina, a educação é a ferramenta mais eficaz para lutar contra a epidemia de HIV e SIDA.

1. De que forma a educação pode combater o HIV e o SIDA?

O sistema de Educação tem a vantagem de poder abranger, ao mesmo tempo, muitas crianças e jovens, cuja maioria não está infectada ou ainda não iniciou a vida sexual e, portanto, não tem comportamentos de risco que possam levar a contrair o HIV. O sistema educativo pode contribuir, a curto e longo prazo e de forma significativa, para a prevenção contra a infecção por HIV e ITS na camada juvenil.

Os jovens estão na fase de aquisição de conhecimento, de valores e habilidades que os podem orientar ao longo das suas vidas. Um sistema de educação inclusivo, contando também com a participação da comunidade, pode ajudar os jovens a desenvolverem habilidades para a vida para se protegerem o melhor possível contra as doenças e a gravidez precoce. A educação, moldando e desenvolvendo atitudes e valores nas crianças e jovens, pode contribuir para atenuar a discriminação e a estigmatização social das pessoas que vivem com HIV e SIDA ou das suas famílias.

Estudos realizados a nível mundial revelam que os jovens que adquiriram informação, capacidades e habilidades correctas não só retardaram a actividade sexual mas também se mostraram mais aptos a proteger-se de infecções sexualmente transmissíveis, inclusive de HIV e SIDA, quando a iniciaram.

116



2. O que pode fazer o sector da Educação?

O Ministério da Educação pode realizar várias actividades para impedir a propagação do HIV, para ajudar as pessoas que já estão afectadas ou infectadas, e aliviar o impacto do HIV e do SIDA na sociedade em geral, e no sector da educação, em particular. Primeiro, o Ministério da Educação deve reconhecer o facto de que o HIV e o SIDA são um problema sério e que os jovens sexualmente activos são particularmente vulneráveis.

Para proteger os jovens e o pessoal da educação do HIV e do SIDA, o Ministério da Educação de Moçambique já desenvolveu políticas sobre o HIV e o SIDA, sobre Comunicação e sobre questões de género conducentes ao desenvolvimento de currículos inclusivos e apropriados e está a assegurar que estes sejam correctamente implementados nas suas instituições, principalmente nas escolas, através da introdução de novos currículos, actividades extracurriculares, cantos de aconselhamento e serviços amigos dos jovens em escolas e hospitais, acompanhados por processos de monitoria e avaliação. Neste todo, deve ter início a consolidação do diálogo de saberes envolvendo todos os actores comunitários, com as escolas, unidades sanitárias e organizações não-governamentais (ONG) engajadas na problemática do HIV e do SIDA, para discussão de identificação do problema e busca de soluções para a prevenção, usando todos os argumentos (abstinência, fidelidade ou uso do preservativo). Neste processo devem elaborar-se mensagens culturalmente mais contextualizadas contra a infecção e, quando necessário, para acompanhar e aconselhar o infectado. Esta nova abordagem de se perceber a pandemia e envolver a comunidade no trabalho escolar, faz parte das novas estratégias do Estado Moçambicano para fazer frente à pandemia do HIV e do SIDA.

3. Planear e gerir o ensino de assuntos relacionados com HIV e SIDA

- Assegurar uma planificação estratégica antecedida de acções de identificação de necessidades que levem a que o plano seja concretizado por planos operacionais, realistas e realizáveis;

- Envolver actores sociais de fora da Escola;
- Garantir ou prever nos orçamentos recursos para o tratamento das questões relacionadas com HIV, SIDA, Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes (SSRA);
- Determinar atempadamente e para tempo inteiro as pessoas que irão preocupar-se com assuntos relacionados com o HIV para que elas assumam com responsabilidade as tarefas a realizar com vista a mitigar o impacto da epidemia no Ministério da Educação (MEC).

O Ministério da Educação e o INDE, como instituição que responde pelo desenvolvimento curricular, são responsáveis pela incorporação da educação preventiva no currículo escolar e por promover a sua implementação.

A Escola tem a responsabilidade de estabelecer um diálogo com as comunidades e de incentivar o diálogo de saberes com todos os actores sociais existentes onde está implantada, incluindo as organizações não governamentais (ONG) a trabalhar nas áreas das unidades pedagógicas.

117 4. Incorporar a prevenção de HIV e SIDA e SSRA no currículo nacional



- Integrar assuntos de HIV e SIDA na educação para a saúde, que incluam conteúdos significativos sobre malária, tuberculose, saúde reprodutiva, abuso de drogas e infecções sexualmente transmissíveis;
- Formar os professores de modo a estarem aptos para lidar com estudantes e colegas seropositivos, adquirindo conhecimentos e habilidades para ensinar assuntos sobre o HIV e o SIDA e competências para a vida;
- Formar professores de modo a saberem como interagir com as comunidades para adquirirem capacidades – competência sócio-cultural - para travar um diálogo de saberes com os fazedores de cultura nas comunidades. Ou seja, para aprenderem e apreenderem os contextos, as percepções, os tabus, e como a cultura é importante neste todo comunitário. Isto porque a cultura explica, e nela está reflectido, o comportamento humano: porque o ser humano faz o que faz, como faz e para que faz na vida sócio-cultural; um princípio válido para todos os povos que compõem o mosaico sociopolítico e cultural moçambicano;
- Desenvolver materiais de ensino e aprendizagem adequados e relacionados com o HIV e o SIDA que promovam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e competências para a vida e que possam ser também utilizados fora do ambiente escolar;
- Traçar linhas orientadoras que salientem o papel que a educação, através da Escola, desempenha como vector de informação de mensagens educativas para a comunidade através da ligação Escola-aluno, considerando que, por vezes, em zonas recônditas, a Escola é a única instituição estatal presente na comunidade;
- Explorar metodologias sobre como transmitir o conhecimento científico aos transmissores da educação sexual tradicional nas comunidades (tias, tios, madrinhas, padrinhos). Isto porque a educação tem o papel de estabelecer o diálogo com todos os actores sociais que fazem e transmitem cultura nas comunidades.

1. Em que medida a educação para a prevenção funciona?

- A educação básica pode criar e desenvolver nas crianças e jovens atitudes e comportamentos orientados para a prevenção do SIDA. Pode dotar as pessoas de conhecimentos que as orientem a tomarem decisões responsáveis, informadas e conscientes em relação às suas próprias vidas. A educação para a prevenção do HIV e sobre SSRA promove e incentiva comportamentos saudáveis, de longo prazo, dando às pessoas a oportunidade para criarem a sua independência económica e cultivarem a esperança;
- A educação encontra-se entre as ferramentas mais poderosas para reduzir a vulnerabilidade das raparigas. A educação das raparigas ajuda a diminuir e a inverter a propagação do HIV e do SIDA. Importa criar condições para que elas se mantenham mais tempo na escola e optem pela sua formação e independência económica e, ainda, adiem a sua primeira relação sexual e o casamento e sejam capazes de negociar com sucesso o uso do preservativo e façam planeamento familiar;
- A escola oferece uma infra-estrutura adequada para a distribuição dos esforços de prevenção do HIV e do SIDA entre numerosa população não infectada – as crianças em idade escolar – assim como pela a juventude, o grupo de maior risco;
- A educação permite uma boa relação custo-eficácia, uma vez que o custo investido na prevenção é, muitas vezes, inferior ao custo do tratamento dos doentes;
- A educação tem um papel tal que pode, e deve, estabelecer um diálogo com todos os actores sociais que fazem cultura nas comunidades. Para a prevenção, para a mitigação e para o aconselhamento no tocante a HIV e SIDA.



2. Directrizes para a educação preventiva

- O propósito da educação preventiva é promover um estilo de vida saudável e um comportamento responsável que levem a prevenir as doenças;
- Isto pode atingir-se desenvolvendo o conhecimento, atitudes e capacidades que encorajem a manter comportamentos que reduzam o risco de infecção. É importante que a educação/escola propicie um ambiente de apoio social que favoreça a eliminação do estigma e a discriminação;
- É importante iniciar-se a educação preventiva antes de as raparigas e os rapazes serem sexualmente activos ou abandonarem a escola;
- Uma educação preventiva eficaz deve ser inclusiva, multissetorial, aberta e flexível, e tem de abranger todos os factores que aumentam a vulnerabilidade ao HIV e ao SIDA, tais como comportamento sexual, posição das mulheres, grupos minoritários, problemas de género, comunidade e família, circunstâncias, educação, pobreza, discriminação, abuso de droga e álcool, pressão social, etc.;
- O sistema de educação deve possuir capacidades para promover a comunicação com todos os actores sociais identificados como importantes no contexto do comportamento humano, para escutar e aprender como equacionar os assuntos efectivamente sensíveis incluindo fazer sexo e sexualidade;

- As boas práticas de outros países ou regiões podem ser obtidas por empréstimo e podem ser adaptadas, mas tem de se levar em conta o contexto cultural das necessidades específicas do país;
- Devem ser criados programas, para lidar com adolescentes que tenham comportamentos de grande risco;
- A educação preventiva pode e deve ser fortalecida com integração e articulação de vários canais como escolas, meios de comunicação, redes informais, serviços amigos dos jovens, etc., incluindo os membros culturalmente proeminentes na comunidade onde a Escola está inserida;
- A educação para o HIV e o SIDA não termina na sala de aula. Deve ser integrado no currículo e nas actividades extracurriculares no ambiente escolar, bem como em campos de férias, teatro, passeios de estudo, exposições, competições, desporto, etc. Neste contexto, o professor deve criar sinergias com o mundo exterior, e utilizar os problemas existentes e identificados sobre o HIV e o SIDA na comunidade, na Escola, etc., para seu trabalho educacional. Na Escola, é importante a integração das actividades do currículo com as actividades extracurriculares como o Programa Geração Biz e o Pacote Básico. A vida comunitária deve fazer parte da educação integrada;

119



- A educação preventiva deve enfatizar as competências (habilidades) para a vida;
- No tocante à cultura local, o envolvimento da comunidade, através dos seus líderes tradicionais e religiosos, deve contribuir para visitar os hábitos culturais que podem constituir factor de risco ou criar situação de vulnerabilidade para a contracção de HIV e SIDA. Um exercício interactivo que vise introduzir "inovações" a partir de dentro da própria cultura, proposto pelos fazedores de cultura e implementado através de soluções por estes identificadas, que contribuam para reduzir o risco de contracção do vírus (HIV) e da doença (SIDA) e que minorem a situação de vulnerabilidade como resultado das práticas culturais.

3. O que torna possível falar-se mais facilmente do HIV/SIDA?

- Formação adequada de professores do sexo masculino e feminino e facilitadores;
- Conhecimento, habilidade e hábitos saudáveis dos professores e facilitadores;
- Materiais de ensino e de aprendizagem de boa qualidade;
- Respeito pelos estudantes;
- Paciência e compreensão;
- Uma atitude de não fazer juízos de valor;
- Um ambiente positivo de aceitação dos jovens;
- Um diálogo de saberes entre a Escola e a comunidade através dos que nela fazem e transmitem cultura, e que zelam pela sua reprodução.