

Algumas reflexões sobre a abordagem de género nas políticas públicas sobre o HIV/SIDA

Conceição Osório

Publicado em “Outras Vozes”, nº 6, Fevereiro de 2004

Políticas públicas e estratégias de combate ao HIV/SIDA

Em Moçambique, a consciência política da doença, ou seja, a definição de políticas públicas articuladas no combate ao HIV/SIDA, tem início apenas na segunda metade da década de 90. A destruição da rede de saúde, provocada pela guerra civil que devastou o país durante os anos 80 e 90, a subvalorização da gravidade da doença, traduzida na sua associação aos estrangeiros e a práticas homossexuais (consideradas inexistentes no continente africano) e a necessidade de priorizar outras medidas no campo da saúde pública, explicam, de algum modo, o atraso na construção de uma estratégia nacional de combate ao HIV/SIDA.

O Programa Nacional de Combate à SIDA, criado em 1988 no Ministério da Saúde, apenas ganha visibilidade pública no final dos anos 90, com a implementação de uma articulação institucional, traduzida na existência de um órgão coordenador dos programas sectoriais e na clarificação das estratégias de combate à pandemia.

Estas estratégias, expressas no programa do governo para 2000/2004, articulam as políticas referentes ao HIV/SIDA com a redução dos níveis de pobreza absoluta e de “combate às doenças transmissíveis e endémicas” (Programa do Governo, 2000: 2). Aos sectores sociais públicos são feitas recomendações para a introdução de “estratégias de prevenção e combate contra as DTS/HIV/SIDA, no quadro do Plano Estratégico Nacional de combate a estas doenças” (Programa do Governo, 2000: 9).

No entanto, o programa do governo para o mesmo período, com excepção do sector da saúde, não identifica medidas específicas a adoptar sobre o HIV/SIDA. O Ministério da Mulher e Acção Social que, a nosso ver, teria um papel central no combate à feminização da SIDA é omissivo relativamente à necessidade de reflectir o combate a esta doença em articulação com uma acção de divulgação (e de pressão institucional) dos direitos sexuais e reprodutivos da mulher.

Em 2000, foi criado o Conselho Nacional de Combate à SIDA (decreto nº 10/2000), com o objectivo de gerir multisectorialmente os programas de combate à doença, através de um Plano Estratégico Nacional que analisa a resposta do Estado Moçambicano à pandemia, nomeadamente a assinatura pelo governo, em 1994, da Declaração de Paris e a criação, em 1998, da Comissão Inter-Ministerial da SIDA, envolvendo oito sectores públicos (Plano Estratégico Nacional de Combate às DTS/HIV/SIDA, 2000: 16).

Embora, no ano 2002, o Parlamento Moçambicano tenha aprovado uma lei que impede que o HIV/SIDA seja apresentado como justa causa para o despedimento dos trabalhadores (Lei nº 5/2002, de 5 de Fevereiro), não existem, do ponto de vista do quadro legal/jurídico moçambicano, instrumentos de protecção aos portadores, de penalização dos transmissores conscientes e de cuidados de saúde públicos e gratuitos aos grupos mais vulneráveis.

A proposta de Lei da Família, aprovada pelo Parlamento Moçambicano em 2003, não considera (por omissão) a violação praticada no contexto conjugal como crime. A Lei, que ainda está em vigor, afirma expressamente a inexistência da figura legal de “violação no âmbito conjugal”. Ora, esta omissão ao crime de violação conjugal, deixando por punir um dos principais actuais atentados

aos direitos das mulheres, constitui um obstáculo ao aumento do poder de decisão da mulher, no que se refere à regulação da acção social (WLSA, 2002).

Porque insistimos numa abordagem de género no combate ao HIV/SIDA

O diagnóstico da situação do HIV/SIDA em Moçambique começou a ser realizado de forma sistemática nos Postos Sentinela criados em 1998.¹ Em 2000, existiam 20 postos sentinelas em todo o país, dos quais 11 situados nas zonas rurais e 9 nas zonas urbanas (Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique, 2002).

A morte de mulheres devido à SIDA, cerca de 57% do total de óbitos, provocou a existência no ano 2000 de cerca de 60 mil órfãos, prevendo-se que, no ano 2010, este número suba para 900 mil, caso se mantenha a situação de indisponibilidade de retrovirais para as mães infectadas. A esperança de vida será inevitavelmente afectada, prevendo-se que, no ano 2010, o défice na esperança de vida seja de mais de 14 anos. A gravidade desta situação é tanto maior quanto se reconhece que o sistema nacional de vigilância não detecta cerca de 92% dos casos de SIDA no país (Mahomed; Pacca, 2000).

A situação social e económica de Moçambique é determinante para a explicação das dificuldades encontradas no combate à doença. Ao mesmo tempo que o Estado redefine as estratégias político-económicas, as populações vêem-se a braços com uma diminuição brutal das suas capacidades de aceder aos recursos e de reorganização e estruturação social. Isto significa que, à pobreza material, se aliam níveis de instabilidade emocional que se reflectem na destruição e recomposição do universo e dos mecanismos simbólicos dos grupos sociais.

A consequência imediata da desestruturação social é a necessidade, no que diz respeito à propagação da SIDA, de repensar as políticas, não em função do conhecimento das anteriores formas de organização social, mas tendo fundamentalmente em conta as múltiplas influências sofridas desde a independência nacional, que vão alterar as práticas de regulação social. Esta é uma questão central na avaliação da situação de prevalência da doença e nos obstáculos à sua diminuição.

É nesta linha que alguma da pesquisa realizada tem demonstrado, por um lado, alterações nas formas de socialização primária e, por outro, a permanência reconstruída de anteriores (e novos) elementos identitários. Esta situação pode levar a uma apropriação diferenciada das mensagens de combate à doença, não permitindo que as respostas esperadas sejam atingidas.

Deste modo, e no que respeita à capacidade da mulher ser sujeito da sua sexualidade e reprodução, tem-se constatado que permanece o controle masculino sobre o corpo daquela (sancionado por uma representação social da sexualidade masculina como manifestação da identidade do homem) obrigando a relativizar o efeito das acções desenvolvidas em prol da prática de relações sexuais seguras. Constata-se que as mulheres têm pouca margem de controle da relação sexual, seja qual for o grupo etário, o estado civil ou o contexto social.

Por estas razões, a análise da situação do combate ao HIV/SIDA não pode ser feita senão numa perspectiva de género, pois só a compreensão de como se organizam, em diferentes contextos, as relações sociais entre homens e mulheres, permitirá identificar as razões profundas da resistência à adopção de medidas de protecção sexual. A construção da sexualidade faz-se, ainda, dentro de um modelo de dominação masculina, ou seja, os direitos das mulheres são configurados pelo que se considera ser o poder natural dos homens.

Para nós, a ruptura do modelo cultural que conforma a mulher à dominação masculina é fundamental para a eficácia do combate ao HIV/SIDA. No entanto, constata-se a ambiguidade da atitude dos agentes sociais que, por um lado, participam nas campanhas contra a epidemia e, por outro, mantêm um discurso que constringe a sexualidade feminina à reprodução, o qual traduz a permanência da subalternidade da mulher.

É este modelo de subalternidade social da mulher que permite que hoje se explique a prevalência da SIDA entre mulheres, fenómeno que é conhecido como feminização da SIDA. Portanto, o alastramento da doença deve ser compreendido através do modo como são construídos e legitimados os direitos sexuais e reprodutivos da mulher. Isto significa que a maior ou menor vulnerabilidade das pessoas à doença, embora dependendo de um conjunto de factores - que vão desde a falta de informação até à pobreza - tem como imperativo causal (no sentido usado por Max Weber) um modelo social que se reproduz pela e na desigualdade de género.

Em Moçambique, tal como noutras regiões do continente, as mulheres continuam a ser socializadas para mães e esposas, numa complementaridade que justifica que a escola seja para elas um lugar de passagem ou de construção de alguma mais-valia para a futura família, e que as actividades profissionais por elas exercidas, sejam vistas e vividas como uma necessidade de sobrevivência colectiva e menos como uma necessidade de realização pessoal. Esta negação da mulher como sujeito do seu próprio destino tem, a nível da sua saúde reprodutiva e sexual, consequências gravíssimas.

Os mecanismos que articulam a subalternidade da mulher são os meios, tanto no que se convencionou chamar sociedade tradicional como no contexto da modernidade, de conformação de um sistema que nega às mulheres capacidade de decisão. Na sociedade rural mais tradicional, as raparigas aprendem a cuidar do corpo para o “outro”, a tomar a fidelidade e a negação do desejo sexual como fundamentos estruturantes da sua identidade. Do mesmo modo, nas cidades e nos lugares de maior contacto com a modernidade (escola, hospital, meios de comunicação social, etc), as expectativas e motivações das raparigas pouco se alteraram.

As dificuldades na mudança de comportamento, que têm a ver com a integração da informação sobre o HIV/SIDA na acção social, estão relacionadas também com o baixo nível de expectativas dos jovens. Com pouca escolarização, sem perspectivas de emprego, muitos jovens têm uma auto-estima bastante diminuída, encarando a morte com fatalismo.

Parece-nos que, face à situação, é importante, em primeiro lugar, aprofundar a pesquisa, principalmente no que se refere ao conteúdo e à eficácia das campanhas de combate às doenças sexualmente transmissíveis, e, em segundo lugar, analisar, a partir de contextos particulares, a permanência/alteração da dominação masculina sobre o corpo da mulher e as novas formas como esta dominação se exprime. É necessário que a pesquisa, mais do que procurar constatações, problematize a realidade estudada, tendo em conta os dinamismos de ordem social, política e simbólica que configuram as representações e as práticas.

Notas:

¹ Postos Sentinela são centros de atendimento e diagnóstico do HIV/SIDA dirigidos a mulheres grávidas.

Referências:

ANDREW, Karlyn (1998).- Inquérito Nacional sobre a Prevenção do SIDA, Comportamento Sexual e Uso de Preservativo.- In: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.- Maputo: INE.-

BARRETO, Avertino et al. (2002).- Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (actualização, ano 2000).- In: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.- Maputo: INE.-

CASIMIRO, Isabel et al. (2002).- Estudo de Base: KHULUVUKA- Corredor de Esperança (Relatório Final).- Maputo: C.E.A./FDC.- (III vol.)

MAHOMED, Aida; PACCA, Júlio (2000).- Análise da Vulnerabilidade dos Adolescentes ao HIV/SIDA.- In: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.- Maputo: INE.-

MAHOMED, Aida; PACCA, Júlio (2000).- Um Estudo Qualitativo para o Desenho de Intervenções Junto das Trabalhadoras do Sexo, Ministério da Saúde.- In: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.- Maputo: INE.-

MORR, Henning; BARRADAS, Ricardo (2001).- Conhecimentos, Atitudes, Práticas e Comportamentos de Camionistas de Longo Curso.- In: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.- Maputo: INE.-

OSÓRIO, Conceição; ARTHUR, Maria José (2002).- Revisão da Literatura: Saúde Sexual e Reprodutiva, DTS, HIV/SIDA.- Maputo: FNUAP.-

UINGE, Destina et al. (data).- Inquérito Nacional sobre Saúde Reprodutiva e Comportamento Sexual dos Jovens e Adolescentes, INJAD.- In: Impacto Demográfico do HIV/SIDA em Moçambique.- Maputo: INE.-

WLSA (2002), Género, HIV/SIDA e Lei, Proposta para a V Fase do Projecto.- Maputo. (dact.)