4 - INDICADORES COM REPERCUSSÃO NO HIV/SIDA

* 1. INDICADORES SOCIO-CULTURAIS
     1. Conhecimentos, Atitudes e Práticas

CONHECIMENTOS - de forma geral existe um grande desconhecimento entre as mulheres relativamente aos meios de prevenção do SIDA, de forma que, se observarmos o gráfico abaixo constatamos que, os homens mostram estar mais informados que as mulheres dos meios de prevenção do SIDA e de que a forma de prevenção mais conhecida é o preservativo (70,3%).

Gráfico 8 – Percentagem de Homens e Mulheres de 15-49 Anos que Conhecem Meios para a Prevenção do Sida, 2003.Fonte INE: Mulheres o Homens em Moçambique - Indicadores Seleccionados de Género – 2008

Olhando o gráfico, e por subtração da percentagem 70,3% a 100%, chegamos à conclusão, ao invés, de que os que desconhecem o uso de preservativo é de 29,7%, e de que a percentagem da subtração de 66,5% a 100%, é de 33,5% , que é os que representam os que não sabem que limitar o número de parceiros é uma forma de prevenção. E a abstinência, atinge uma percentagem de desconhecimento de 36,7%.

Outras formas de prevenção são a abstinência e a fidelidade entendidos como método de prevenção mais eficazes que o uso de preservativo (defendidos pela administração George W Bush, cit in PASSADOR e THOMAZ, 2006: 282).

Para países como Moçambique uma potencial fonte de risco é a Poligamia; usualmente significa múltiplas esposas, mais do que múltiplos maridos (REID, 1995: 14). Uma extensão destas práticas antropológicas é a mulher ser desposada pelo irmão do marido, como consequência da morte deste (WHO, 199\_: 10).

Nos Ritos de Iniciação e Circuncisão, bem como o uso de instrumentos cortantes e/ou perfurantes, como qualquer outro processo formal de educação sexual, devem observar-se normas de higiene pessoal e regras de assepsia, contextualizada em termos de responsabilidade, uma vez que estas práticas, mexendo no sangue, podem ser facilitadoras da difusão do HIV/SIDA (PENCS, 2004: 45)

4.1.3 Poder de Negociação da Mulher

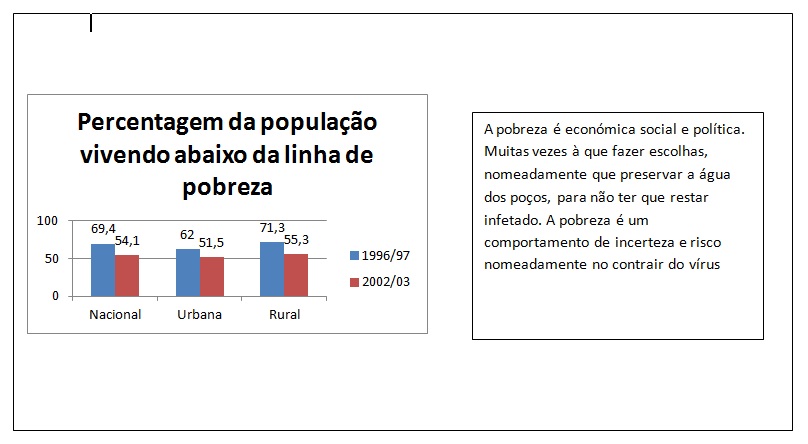
Outro fator socio-cultural que está de prevenção ao HIV/SIDA é o acesso desigual aos recursos, ou seja, cujas variáveis dependentes titulares são: o analfabetismo, donde decorre a subserviência social (autoridade na família), sexual e dependência económica na dominância masculina, na tomada de decisões (REID, 1995: 10). Importante é aprender a negociar sexo seguro e relacionar com o uso de preservativo, como próprio do casamento, uma vez que grande parte das mulheres infetadas pelo HIV, foram-no pelo seu marido/parceiro regular (REID, 1995:12).

* + 1. Prática de Relações Homossexuais, e Toxicodependência

RELAÇÕES HOMOSSEXUAIS - não há estudos em Moçambique, de ocorrência de Práticas Homossexuais, quer como Ato Ritual, quer por Orientação Sexual, quer ainda como Prática de Sexo Comercial (PENCS, 2004: 46). No entanto, há entrevistas a entidades oficiais, ligadas ao sistema prisional, referindo a ocorrência de Práticas Homossexuais nas Cadeias.

TOXICODEPENDÊNCIA - Informação disponível sobre o uso de drogas na propagação do HIV/SIDA, pode resultar no risco direto à infeção pelo consumo de estupefacientes, sobretudo de drogas injetáveis. Devido ao estado psicológico do consumidor de droga, pode inferir-se que este grupo corre maiores riscos de contrair o vírus ou infetar os seus parceiros. Neste sentido, o uso de drogas está no mesmo patamar que o consumo de álcool, constituindo-se ambos de comportamentos de risco (PENCS, 2004: 47)

* 1. INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS
     1. Pobreza, a Posse de Bens, e Desnutrição



POBREZA - do ponto de vista socio-económico, as relações de género podem estar associadas à propagação do vírus HIV, quando o estatuto de desigualdade da mulher está ligado à pobreza, à subordinação sexual e social, e à sua dependência económica relativamente ao homem (ARNALDO e FRANCISCO, 2004, 17).

A pobreza, e não só sexo e exposição a sangue infetado, permite a transmissão e difusão do HIV/SIDA . A combinação da pobreza com os componentes da desigualdade, são o problema fundamental das relações de género. Em concordância com WALL (UNECA, «United Nations Economic Commission for Africa», 2003: 13) podem-se estabelecer as seguintes correlações:

i.A pobreza significa muitas vezes pura ignorância de como o HIV se transmite;

ii.A proteção pode ser custosa; pode não haver possibilidade de escolha entre comprar um preservativo ou comprar um peixe, ou um copo de água limpa para alimentar a família;

iii.A pobreza consiste em não ser capaz de administrar o risco. Especialmente no caso de mulheres jovens, a sua vida consiste na incerteza e no risco; a pobreza feminina é o maior fator de risco que conduz mulheres, jovens e velhos, a um comportamento de risco, como sejam trabalhadoras do sexo e sexo comercial; a proporção das mulheres que fazem isso, está diretamente relacionada com motivos económicos e com o nível de desemprego (REID, 1995: 20).

iv.A pobreza aumenta a transmissão mãe-filho; pode não haver alternativa económica entre amamentar e água limpa para o bebé;

v.A pobreza contribui para a migração; a associação entre pobreza e difusão do HIV ocorre quando o homem deixa a sua localidade para arranjar melhor oportunidade de emprego e pode forçar o homem aa sexo casual. O mesmo é similar aos soldados.

POSSE DE BENS - a importância da posse de bens de uso duradouro deriva do facto de eles fornecerem serviços, alguns de consumo final e com efeito direto (como por exemplo a habitação) ou no acesso aos serviços para a Educação e para a Saúde (exemplo: meios de transporte e meios de comunicação de massa como a rádio e o televisor). Alguns destes bens, de uso duradouro, podem ter um impacto indireto sobre o bem-estar, por constituírem meios de gerar rendimento (e.g. transporte de carga, máquinas de costura.

A posse de bens de riqueza, pode determinar o grau de bem-estar, que tem origem no grau de suscetibilidade das pessoas os viverem, e a enveredarem ou não, por práticas que facilitam ou não, a propagação da epidemia do HIV/SIDA (PENCS, 2004: 50).

A DESNUTRIÇÃO - como Fator de Perpetuação da Pobreza foi tratada por SHRIMPTON (cit por PENCS, 2004: 96), num estudo sobre as causas e as consequências da desnutrição crónica, tanto em termos de desnutrição proteico-calórico, como em termos de deficiência de micronutrientes. Constatou-se que o fator que apresenta maior grau de correlação com a desnutrição crónica é o baixo peso à nascença, bem como uma correlação significativa com as doenças que afetam as crianças, em particular a diarreia e a febre.

Os estudos efetuados mostram que, como consequência da desnutrição crónica nas crianças, resultam adultos de fraca compleição física e de fraco nível intelectual. Tudo isto vai gerar baixa da produtividade ao nível de todo o país, o que vai condicionar novos ciclos de pobreza

* + 1. Condições de Vida da População: Habitação, Saneamento Básico e Abastecimento de Água.

CONDIÇÕES DA HABITAÇÃO – à medida que crescem os rendimentos, cresce também o investimento na qualidade da habitação, nomeadamente no material predominante no TETO da casa (substituição da cobertura de palha por materiais melhorados como zinco ou lusalite); no material predominante nas paredes da casa; substituindo a utilização de petróleo/gás como energia para iluminação, para o uso de energia elétrica (por exemplo, só 1% da população rural é que utiliza eletricidade, contra 21% da zona urbana); no tocante à energia para cozinhar (em 2000/2001, 96% da população fazia uso de lenha e só 1% é que fazia uso da eletricidade (PENCS, 2004: 52).

CONDIÇÕES DE SANEAMENTO – em 2001, a maioria da população (58%) vivia em casas sem instalações sanitárias e sem latrina. A pior situação foi a da Zambézia (93%) e de Nampula (73%), e cuja taxa é superior à média nacional. A ausência de instalações sanitárias e de latrinas é um dos fatores mais preditivos da desnutrição crónica, e aparece associado a infeções gastrointestinais, e a parasitoses, que afetam a saúde e o estado nutricional das mães.

CONDIÇÕES DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA – em 2001, só uma minoria da população (24%) tinha acesso a água potável canalizada (dentro ou fora de casa), enquanto 13% utilizavam água de poços protegidos, 42% de poços não protegidos, e 17% usavam águas superficiais. Não denota muito progresso os anos 2002/03, com percentagens de 16% para água canalizada, 20% para água de poços protegidos, 42% para água de poços não protegidos e 16% para águas superficiais (PENCS, 2004: 53)

INDICADORES DE IMPACTO GLOBAL

São fatores (ou variáveis) com as quais faz todo o sentido cruzar a prevalência socio-cultural antropológica em termos de Valores Ético-Filosóficos, seguidos pela Comunidade Política que é Moçambique, e cujo tecido humano, em termos de fazedores de opinião e constituição de senso comum, já abordamos na caracterização humana do país. Digamos que é importante aqui, a metafisica e a posição das confissões religiosas, face à abordagem de temas como a vida, a doença, o sexo (reprodução e prazer), a solidariedade (no amor e na amizade; na família e no trabalho; no emprego e no desemprego). Eis pois, algumas outras preocupações, (para além das religiosas e dos princípio éticos), que competem diretamente com a universalidade dos Direitos Humanos, cuja dualidade igualdade/desigualdade se debate entre o direito à igualdade da condição humana, e o direito à diferença, não só em termos biológicos, bem como de opinião política e religiosa e de raça e, em como temos vindo a falar, no direito à preferência sexual.

* + 1. Posição das Confissões Religiosas

Segundo o Recenseamento Geral da População de 1997, 23.8% da população são CATÓLICOS; 23.1% são SEM RELIGIÃO; 17.5% são ZIONES; 7.9% são de OUTRAS RELIGIÕES; 7.8% das DIVERSAS denominações PROTESTANTES e 2.1% são animistas (PENCS, 2004: 69).

Algumas confissões religiosas, como por exemplo a CATÓLICA, são bastante críticas em relação às estratégias de prevenção do HIV/SIDA que privilegiam a EDUCAÇÃO SEXUAL e promovem o uso do PRESERVATIVO, pois consideram que desse modo se encoraja a promiscuidade. Os ISLÂMICOS têm uma posição mais extrema pois sustentam que o HIV/SIDA é uma doença que não afeta os seus crentes, uma vez que eles seguem os preceitos religiosos que impõem a FIDELIDADE CONJUGAL e condenam a PROMISCUIDADE SEXUAL, categorias que incluem, desde práticas homossexuais, sexo comercial, a banalização do sexo promovida pelos meios de comunicação social (PENCS, 2004: 69)

* + 1. Direitos Humanos e Princípios Éticos

Em Moçambique, a ocorrência da pobreza e as dificuldades económicas que, de uma maneira geral, limitam a capacidade de resposta à pandemia, refletem o fraco nível de integração de medidas de respeito e preservação dos direitos humanos, em ações levadas a cabo em diversos níveis, como por exemplo o Plano Estratégico Nacional de Combate às DST/HIV/SIDA (PENCS), e o Conselho Nacional de Combate ao Sida (CNCS), são disso expressão (PENCS, 2004: 105).

Na prática, o problema que se coloca ao combate ao HIV, e decorrente dos Direitos Humanos, é como lidar com a dualidade cultural de género, igualdade/ desigualdade, como o principal alimentador do contágio pelo HIV.

Procura-se, quanto antes, a IGUALDADE de Género, de forma a valorizar de igual modo, os distintos papéis que homens e mulheres desempenham na sociedade, de forma a mitigar o substrato que a pobreza permite, infetando cerca de metade da população, que como já dissemos na «Prevalência do HIV, por sexo e idade», é feminina.

Esta Igualdade de Género é exequível uma vez que, homens e mulheres são ambos elementos constitutivos da humanidade. No polo da Desigualdade, esbarramos no DIREITO À DIFERENÇA. Se reconhecemos o direito à diferença biológica, também se reconhece o direito de pertencer a diferentes classes sociais, opiniões políticas, religiões, etnias, raças, ou preferências sexuais.

É com este panorama, que aprendemos com Helena RATO que, ao chefiar um grupo de investigadores, nos mostrou a diferença na igualdade.

PRINCÍPIOS ÉTICOS – referir o dever que cabe ao Estado de fazer verificar Princípios Éticos e legislar sobre Códigos de Conduta e Práticas Profissionais relevantes para o HIV/SIDA. Outras quebras de ética são: a falta de confidencialidade no tratamento da doença, bem como revelar o Estatuto de Seropositividade como obrigação para admissão a um emprego, ou a perda de um;

Proteção das PVHS contra o ESTIGMA E A DISCRIMINAÇÃO, desemboca na rejeição social e isolamento a que estas PVHS são alvo, atingem igualmente o seu núcleo familiar e amigos (PENCS, 2004: 105).