



United Nations  
Educational, Scientific and  
Cultural Organization

# Atender às necessidades educacionais de estudantes soropositivos:

## ensinamentos sobre um estudo na Namíbia e na República Unida da Tanzânia



FONDAZIONE VIRGINIO BRUNI TEDESCHI

MISTRAL ONLUS

**EduSector**  
AIDS Response Trust

em parceria com RAISON Namíbia e TAMASHA Tanzânia

**Atender às necessidades educacionais  
de estudantes soropositivos:**

**ensinamentos sobre um estudo  
na Namíbia e na República Unida  
da Tanzânia**

**Maio de 2009**

FONDAZIONE VIRGINIO BRUNI TEDESCHI  
MISTRAL ONLUS

com EduSector AIDS Response Trust,  
RAISON Namíbia e TAMASHA Tanzânia

# Agradecimentos

Este relatório foi elaborado por Peter Badcock-Walters, Director do EduSector AIDS Response Trust (ESART), em colaboração com Jane Kvalsvig, Wendy Heard e Vicky Anning. Consolida e examina as conclusões das investigações efectuadas em dois países, bem como de uma análise bibliográfica e de um estudo documental, que podem ser consultados na sua totalidade no site Internet da UNESCO (<http://unesco.org/aids/en>).

Viv Ward e John Mendelsohn, do Research and Information Services of Namibia (RAISON), foram responsáveis pela investigação de campo desenvolvida na Namíbia, enquanto Richard Mabala, do TAMASHA, coordenou a investigação equivalente na Tanzânia. Jane Kvalsvig e Peter Badcock-Walters redigiram a análise bibliográfica e o estudo documental. As ferramentas de investigação foram definidas pelo ESART e adaptadas, no trabalho de campo, pelo RAISON e o TAMASHA.

O projecto de investigação foi lançado e financiado pela Divisão de Coordenação das Prioridades das Nações Unidas na Área da Educação, secção da UNESCO encarregada do VIH e da SIDA, com o apoio dos Escritórios da UNESCO de Dar es Salaam, na Tanzânia, e Windhoek, na Namíbia. Apresentamos os nossos sinceros agradecimentos a Christoforos Mallouris e Tania Boler, da UNESCO.

Sobretudo, registamos os nossos sinceros agradecimentos às inúmeras pessoas entrevistadas, às organizações não governamentais (ONGs) e às redes People Living with HIV (PLHIV – Pessoas que Vivem com o VIH), que tornaram possível a realização deste trabalho. Em particular, gostaríamos de agradecer a todos os jovens, quer estivessem ou não inseridos no sistema formal de ensino, que concordaram em ser entrevistados. Como este relatório mostrará, as vozes destes jovens são raramente ouvidas, reforçando a intensa e persistente marginalização dos estudantes soropositivos.

## Acrónimos

<b>ARV</b>	Anti-retroviral
<b>CBO</b>	Organizações comunitárias
<b>COS</b>	Circles of Support (grupos de apoio)
<b>CSO</b>	Civil Society Organization (Organização da Sociedade Civil)
<b>EPT</b>	Educação para Todos
<b>ESART</b>	Education Sector AIDS Response Trust (Grupo do Sector Educacional de Resposta à SIDA)
<b>ETSIP</b>	Programa de Melhoria do Sector de Educação e Formação
<b>FBO</b>	Organização de carácter religioso
<b>HAMU</b>	Unidade de Administração do VIH e da SIDA
<b>MoEVT</b>	Ministério da Educação e da Formação Profissional
<b>MoHSS</b>	Ministry of Health and Social Services (Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais)
<b>ONG</b>	Organização Não Governamental
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre VIH/SIDA
<b>OVC</b>	Órfãos e Crianças Vulneráveis
<b>PEP</b>	Profilaxia Pós-Exposição
<b>PLHIV</b>	Pessoas que Vivem com o VIH
<b>RACE</b>	Regional AIDS Committee on Education (Comités Regionais da SIDA para a Educação)
<b>RAISON</b>	Research and Information Services of Namibia (Serviços de Investigação e Informação da Namíbia)
<b>SCCS</b>	School-Centred Care and Support (Atendimento e Apoio nas Escolas)
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>TACAIDS</b>	Comissão Tanzaniana sobre a SIDA
<b>TAMASHA</b>	Centro de Desenvolvimento Participativo para Jovens
<b>TANOPHA</b>	Rede Tanzaniana de Organizações de Pessoas que Vivem com o VIH e a SIDA
<b>TAR</b>	Terapia anti-retroviral
<b>UNESCO</b>	Organização Educacional, Científica e Cultural das Nações Unidas
<b>UNICEF</b>	Fundo das Nações Unidas para a Infância
<b>VCT</b>	Voluntary Counselling and Testing (Aconselhamento e Testagem Voluntários)
<b>VIH</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana

# Sumário

<b>Sumário Executivo</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo 1: Introdução</b>	<b>7</b>
Histórico	8
Cumprir os objectivos de Educação para Todos	9
<b>Capítulo 2: Metodologia</b>	<b>11</b>
Histórico	12
Estudos documentais	12
As investigações realizadas nos dois países	13
Princípios éticos	14
Os limites da investigação	15
<b>Capítulo 3: Conclusões</b>	<b>18</b>
Estudos documentais	19
As investigações realizadas nos dois países	21
Desafios	21
Respostas	28
<b>Capítulo 4: Conclusões e recomendações</b>	<b>35</b>
Síntese das conclusões	36
Síntese das recomendações	37
<b>Notas</b>	<b>43</b>

# Sumário Executivo

À escala mundial, estima-se que haja 2 milhões de crianças com menos de 15 anos de idade infectadas com o VIH, 90% das quais vivem na África Subsaariana. O aumento do número de crianças e jovens soropositivos engendra novos desafios para o sector educacional. Considerando que o acesso ao tratamento está a crescer em toda a África Subsaariana, a necessidade de prestar assistência a estudantes soropositivos nas escolas torna-se mais urgente e mais generalizada. Todavia, apesar de esta necessidade ter sido identificada, não se sabe ao certo de que maneira o sector educacional pode dar apoio a este grupo vulnerável de alunos na região. Para preencher esta lacuna, a UNESCO encomendou duas análises de melhores práticas, bem como um estudo preliminar em dois países: Namíbia e Tanzânia. O objectivo do trabalho era identificar os desafios específicos que se colocam ao sistema educacional para que possam atender às necessidades de estudantes soropositivos e desenvolver um conjunto de recomendações e directivas sobre a melhor maneira de os ajudar.

O processo de investigação, inclusive a análise das melhores práticas, foi elaborado para responder às seguintes questões:

- a) Que obstáculos os estudantes soropositivos enfrentam para ingressar e permanecer nas escolas?
- b) Que desafios se colocam aos professores e às escolas para que possam oferecer assistência aos estudantes soropositivos?
- c) De que forma os programas de educação relativos ao VIH podem ser adaptados para que atendam às necessidades em matéria de saúde sexual e reprodutiva de estudantes soropositivos?
- d) Que tipo de adaptações o sector educacional deve promover para que possa atender às necessidades dos estudantes soropositivos?

## Principais conclusões

A análise de melhores práticas revelou que, em geral, as famílias de crianças soropositivas também se encontram afectadas de maneira negativa pelo VIH e pela SIDA e, portanto, não têm condições de oferecer uma assistência suficientemente sólida para o desenvolvimento dos filhos. Como um número desproporcional de crianças soropositivas são tratadas em casa, **as escolas representam um importante complemento para a assistência institucional**. A inclusão e o atendimento de crianças soropositivas nas escolas são questões prioritárias para o sector educacional. Os ministros da Educação têm a importante responsabilidade de disponibilizar subsídios apropriados para garantir a integração de estudantes soropositivos no ambiente escolar. Foi demonstrado que, quando a educação para a saúde é ministrada por professores no âmbito escolar, como parte do currículo, a incidência de novas infecções é menor.

Conjuntamente, os relatórios dos países confirmam que as necessidades educacionais dos estudantes soropositivos não estão a ser atendidas e que esta lacuna talvez aponte para a existência de problemas sistémicos no sector educacional. Os estudos indicam que o VIH e a SIDA constituem actualmente problemas graves para a Educação e que o sector tem encontrado dificuldades consideráveis para cumprir as suas missões junto da população estudantil em geral e dos alunos soropositivos em particular.

As investigações confirmaram que o **ambiente familiar** constitui com frequência um factor que contribui fortemente para aumentar as dificuldades. De facto, um dos piores casos de maus-tratos observados pelos investigadores envolvia os pais de uma criança na Tanzânia. É preocupante perceber que pais adoptivos e tutores de órfãos soropositivos nem sempre demonstram a compreensão e a compaixão necessárias e geralmente são incapazes de oferecer suficiente apoio emocional. Muitas crianças, efectivamente, encontravam-se sob a protecção de um tutor e não

dos seus pais, o que confirma **a sobreposição entre a condição de soropositivo e a condição de órfão.**

A conclusão mais notável da investigação foi a omnipresença **do estigma e da discriminação.** Todas as crianças soropositivas entrevistadas na Namíbia e na Tanzânia mencionaram experiências negativas pessoais reiteradas devidas ao facto de terem revelado a sua situação. Todas afirmaram sentir-se mais seguras ao guardarem silêncio. Este medo resultava da intolerância no ambiente escolar e até mesmo familiar, da intensa pressão por parte dos colegas e da inexistência de respostas eficazes ou de apoio por parte do pessoal das escolas ou do sector educacional como um todo. O estigma foi descrito como “mais devastador” do que a doença em si e os entrevistados consideraram que os níveis de denegação evidentes no sistema “contribuíam, na realidade, para promover o alastramento do VIH”. Em resumo, em ambos os países o estigma é considerado como um dos factores que mais seriamente afectam as respostas nacionais ao VIH e à SIDA em todos os sentidos.

Além disso, a pobreza é citada como um elemento que limita a experiência dos alunos em praticamente todos os níveis e influencia fortemente as atitudes e as acções de muitos pais. A pobreza está estreitamente relacionada com o abandono do sistema escolar e com a fome, sendo que esta última constitui um real problema para crianças sob terapia anti-retroviral (TAR). Um aspecto recorrente do estudo foi o elevado nível de privação e dificuldade de que sofrem as crianças soropositivas ou vulneráveis nas áreas rurais. Segundo os entrevistados, os serviços governamentais e as ONG, embora muito actuaes em relação ao problema da pobreza, têm uma presença relativamente pequena nas zonas rurais. Isso inclui o fornecimento de TAR, bem como de atendimento médico básico e de suplementos nutricionais, incluindo programas de alimentação.

O estudo desenvolvido nos dois países indicou que as respostas à epidemia propostas pelo sector educacional na Namíbia e na Tanzânia são, em muitos aspectos, insatisfatórias e revelou a existência de um sentimento omnipresente de denegação a nível das escolas. Os entrevistados consideraram as respostas “despersonalizadas e desvinculadas das necessidades dos indivíduos infectados e afectados pela doença”. Paralelamente ao silêncio omnipresente que cerca os estudantes soropositivos, observa-se a falta de

comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva. Nas escolas, este tema é tratado “com grande desenvoltura”.

Na Namíbia, a política do sector educacional em matéria de VIH e SIDA foi geralmente considerada eficaz, embora muitos entrevistados tenham apontado para a “falta de liderança e de capacidade das Unidades de Administração do VIH e da SIDA (HAMU)”, bem como para a falta de coordenação entre os sectores e os fornecedores de serviços. Alguns dos problemas observados pelos informantes chave na Namíbia foram: incapacidade de consciencializar os alunos (inclusive crianças soropositivas) acerca dos seus direitos; incapacidade de promover maior acesso e adesão a terapias anti-retrovirais; revelação não consensual da soropositividade de alunos por parte de professores; insuficiência de formação e de criação de capacidade para professores e conselheiros escolares; por fim, incapacidade de elaborar currículos apropriados susceptíveis de fornecer o conhecimento e a compreensão necessários sobre o VIH e a SIDA.

Na Tanzânia, o MoEVT alega que “as questões relacionadas com o VIH e a SIDA são uma prioridade nas suas estruturas”, mas reconhece que “não existem políticas ou directivas específicas em relação às crianças soropositivas”. A grande discrepância entre os pontos de vista do MoEVT e dos seus clientes é flagrante. As autoridades ministeriais afirmam que os currículos correspondem “ao que há de mais actual em matéria de prevenção e atenuação do impacto”, o que inclui “orientação e diagnóstico precoces de crianças soropositivas”. Contudo, muitos entrevistados, quer vinculados ou não ao MoEVT, contestaram este ponto de vista, alegando a falta de capacitação dos professores e a não inclusão de disciplinas sobre saúde sexual e reprodutiva nos currículos.

## Recomendações e Lições aprendidas

A incapacidade para oferecer assistência a estudantes soropositivos e, de forma global, para tratar das questões relacionadas com o VIH e a SIDA, é dissimulada pela falta de dados e de trabalhos de investigação. Tudo leva a crer que a redução das propinas e a ampliação dos programas de alimentação para OVC (órfãos e crianças vulneráveis) e estudantes soropositivos “estão a dar bons resultados”. A próxima etapa é o reconhecimento da realidade concreta, para que se possa dar início, urgentemente, a acções correctivas abrangentes. A este respeito, o relatório apresenta 30 recomendações

em 8 áreas prioritárias. Consideradas em conjunto, estas recomendações focalizam-se tanto na melhoria do fornecimento igualitário de educação acessível e de boa qualidade para todos os estudantes, quanto em intervenções específicas voltadas para alunos soropositivos. Para que a resposta do sector educacional seja bem-sucedida, é necessário que haja parcerias formais com outros ministérios da área social e com organizações não governamentais (ONGs), entre as quais as redes PLHIV (Pessoas que Vivem com o VIH).

**Capítulo 1:**

**Introdução**

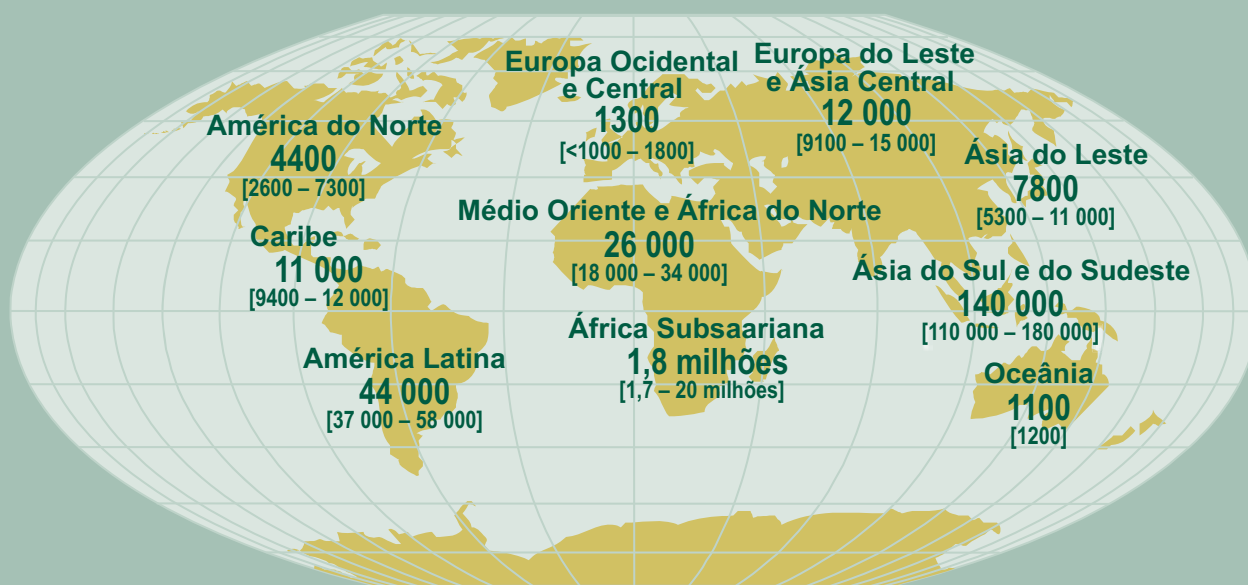


## Histórico

Nestes tempos de largo acesso a TAR, a população de crianças e adultos soropositivos está a crescer à medida que aumenta a esperança de vida destes indivíduos. À escala mundial, estima-se que haja 2 milhões de crianças com menos de 15 anos de idade infectadas com o VIH<sup>1</sup>. Só em 2007, o número de novas infecções nesta mesma faixa etária era estimado em cerca de 370.000<sup>2</sup>. O número de jovens soropositivos com idade entre 15 e 20 anos está a aumentar à medida que os tratamentos se tornam mais acessíveis.

A dimensão do problema à escala mundial evidencia-se com clareza nos mapas de repartição da epidemia por regiões, elaborados pela ONUSIDA (ver a Figura 1). Os números absolutos de pessoas infectadas na África Subsaariana são tão superiores aos de quaisquer outras regiões, que o fornecimento de tratamentos e assistência a esta parcela da população, estimada em 22 milhões de indivíduos, exigirá intervenções de uma envergadura sem precedentes por parte dos governos em questão.

**Figura 1: Número estimado de crianças (<15 anos) soropositivas em 2007**



**Total: 2,0 milhões (1,9 – 2,3 milhões)**

Fonte: OMS/ONUSIDA. 2008 Report on the Global AIDS Epidemic. Geneva, ONUSIDA

A versão actualizada pela ONUSIDA em 2007<sup>3</sup> indica que os países podem ser divididos em duas categorias básicas no que tange à epidemia: (1) os países característicos da região subsaariana, sobretudo os da parte sul da África, onde a epidemia está fortemente presente na população em geral; (2) os demais países do mundo, onde a epidemia é registada principalmente nas populações de alto risco. Por populações de alto risco entenda-se homens que mantêm relações sexuais com homens, utilizadores de drogas por injeção, bem como trabalhadores do sexo e os seus parceiros sexuais.

O presente documento analisa principalmente a primeira categoria de países, onde qualquer criança está exposta a óbitos na família, à infecção por transmissão vertical (mãe soropositiva), ou ainda a contrair a doença ao tornar-se sexualmente activa. As crianças soropositivas não recebem, em geral, a assistência financeira, educacional e social que normalmente é dada às crianças que vivem com as suas famílias. Com frequência, observamos nas próprias famílias das crianças soropositivas outros casos de infecção e óbito devidos ao VIH, o que faz com que as crianças sejam transferidas para outras famílias ou instituições. Para estas crianças, as escolas desempenham um papel particularmente importante na preparação para a idade adulta; por conseguinte, o sistema de educação representa uma via promissora para intervenções e fornecimento de assistência.

Para desenvolver a presente investigação, foram seleccionados dois países: Namíbia, no sul da África, e Tanzânia, na costa leste deste continente. A Namíbia, país de rendimento médio baixo, totaliza uma população de 2 milhões de habitantes e um produto nacional bruto per capita de US\$3.230<sup>4</sup>. O país apresenta uma elevada taxa de prevalência do VIH: 15,3%<sup>5</sup>.

Em comparação, a República Unida da Tanzânia, incluindo as ilhas de Zanzibar, é um país de baixos rendimentos, cuja população soma 39,5 milhões de habitantes. O seu produto nacional bruto per capita, de US\$350<sup>6</sup>, posiciona-o como um dos países mais pobres do mundo. Portanto, não é de surpreender que os problemas de extrema pobreza e falta de verbas para o desenvolvimento de programas sejam mais largamente observados na Tanzânia do que na Namíbia, embora neste último país haja uma maior desigualdade na distribuição dos rendimentos e da riqueza. A Tanzânia continental<sup>7</sup> apresenta uma taxa de prevalência do VIH de 6,2%, a qual é considerada média<sup>8</sup>.

## Cumprir os objectivos de Educação para Todos

Embora o problema em toda a África Subsaariana seja extremamente grave para todas as partes interessadas, ainda não dispomos de meios para calcular o número de crianças afectadas, ou mesmo a proporção dos estudantes envolvidos. De facto, como evidenciado pelo aumento espectacular do número de órfãos nos países afectados, a dimensão real do problema pode acrescentar um peso significativo à tragédia. Por conseguinte, é necessário dispor de estimativas mais precisas, sobretudo porque, como sugerido no relatório sobre a Tanzânia, cerca de 50% dos adolescentes soropositivos são infectados como resultado de abuso sexual ou início precoce da vida sexual.

A crescente facilidade de acesso a tratamentos medicamentosos permite, de facto, que um número cada vez maior de adolescentes soropositivos se tornem jovens adultos saudáveis. Antes de terem à disposição terapias anti-retrovirais, as crianças que nasciam com o VIH tinham muito poucas chances de sobreviver. Dois terços das crianças soropositivas morriam antes de completar 3 anos e quase 90% morriam por volta dos 10 anos de idade. Hoje, a situação é outra. Na Namíbia, por exemplo, 52% das crianças com menos de 15 anos que necessitem de TAR recebem, efectivamente, o tratamento. Na Tanzânia, esta fracção é de 6%.

O aumento do número de crianças e jovens soropositivos engendra novos desafios para o sector educacional, particularmente no sentido de garantir iguais oportunidades e acesso à educação para os estudantes soropositivos, no âmbito dos esforços para cumprir os objectivos de Educação para Todos (EPT).

Embora muitas pessoas considerem que a resposta das instituições educacionais ao VIH e à SIDA deva limitar-se à prevenção, as escolas e outras instituições podem desempenhar – e efectivamente desempenham – um papel significativo na construção dos diversos aspectos de uma resposta abrangente ao VIH e à SIDA, entre os quais a prevenção, o tratamento, a assistência e o apoio. De facto, os direitos dos estudantes soropositivos são garantidos pela Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas<sup>9</sup>.



**Devem ser realizados esforços com vista a assegurar oportunidades educacionais para alunos, inclusive os soropositivos, para que sejam alcançados os objectivos EPT.**

As escolas da África Subsaariana precisam com urgência oferecer respostas às necessidades dos seus alunos no que tange às questões relacionadas com o VIH. Considerando que o acesso ao tratamento está a crescer em toda a África, a necessidade de prestar assistência aos estudantes soropositivos nas escolas torna ainda mais urgente e generalizada. As experiências passadas têm mostrado que uma resposta imediata e incondicional por parte dos governos nacionais pode evitar que a epidemia ganhe força, simplesmente ao levar em consideração os direitos humanos básicos das pessoas envolvidas.

Todavia, apesar de a necessidade ter sido identificada, não se sabe ao certo de que maneira o sector educacional pode prestar assistência a este grupo vulnerável de estudantes da região. Para preencher esta lacuna, a UNESCO solicitou duas análises de melhores práticas, bem como um estudo preliminar na Namíbia e na Tanzânia. O objectivo do trabalho era identificar os desafios específicos que se colocam ao sistema educacional, para que possa atender às necessidades de estudantes soropositivos e desenvolver um conjunto de recomendações e directivas sobre a melhor maneira de os ajudar.

Os objectivos do presente relatório são: descrever as diversas necessidades de crianças e adolescentes soropositivos em matéria de educação e de orientação quanto ao VIH; fornecer exemplos de estratégias bem-sucedidas e estudos de casos; dar maior destaque à voz das crianças e adolescentes soropositivos; por fim, apresentar conclusões e recomendações para o sector educacional, a UNESCO, os investigadores e, de maneira global, para a região.

**Capítulo 2:**

**Metodología**

## Histórico

Encomendada em Novembro de 2007, a primeira parte da investigação consistiu num trabalho de listagem das melhores práticas internacionais em matéria de assistência a crianças, adolescentes e estudantes soropositivos. Esta análise da bibliografia disponível e dos serviços prestados às crianças e aos adolescentes soropositivos constituiu um precursor para a investigação desenvolvida na Namíbia e na Tanzânia, bem como para a elaboração do presente relatório.

A investigação foi desenvolvida por três organizações. O EduSector AIDS Response Trust (ESART), na África do Sul, ficou encarregado de desenvolver o estudo documental, os princípios éticos e as directivas e questões relativas à investigação, uma estratégia de amostragem, a assistência técnica para as equipas que iriam trabalhar nos países e a elaboração do presente relatório.

Dois institutos nacionais de investigação, o RAISON (Serviços de Investigação e Informação da Namíbia) e o TAMASHA (Centro de Desenvolvimento Participativo para Jovens), da Tanzânia, foram incumbidos de realizar entrevistas semi-estruturadas e organizar grupos de discussão específicos nos seus respectivos países, constituindo a base da investigação em cada país. A UNESCO colocou à disposição, no seu site (<http://unesco.org/aids/>), dois relatórios distintos sobre cada país.

O processo de investigação foi elaborado para responder às seguintes questões:

- a) Que obstáculos os estudantes soropositivos enfrentam para ingressar e permanecer nas escolas?
- b) Que desafios se colocam aos professores e às escolas para que possam oferecer assistência aos estudantes soropositivos?
- c) De que forma os programas de educação para o VIH podem ser adaptados para que atendam às necessidades em matéria de saúde sexual e reprodutiva dos estudantes soropositivos?
- d) Que tipo de adaptações o sector educacional deve promover para que possa atender às necessidades dos estudantes soropositivos?

## Estudos documentais

A primeira etapa do processo de investigação foi um estudo documental, realizado com o objectivo de reunir informações de base, antes da recolha de dados e das actividades de investigação propriamente ditas na Namíbia e na Tanzânia.

A finalidade deste estudo documental foi analisar as políticas relativas à educação de crianças soropositivas e examinar de que maneira seria possível promover e incentivar a educação destes estudantes no âmbito do ensino primário e secundário. Foi desenvolvido por meio da análise de material científico relacionado com as necessidades especiais destas crianças e de declarações públicas feitas por organizações nacionais e internacionais que lidam com a epidemia.

O estudo documental focalizou-se em particular nas necessidades educacionais das crianças de regiões de elevado nível endémico, mas com pouca disponibilidade de recursos. Partiu-se do pressuposto que o sistema de educação dos países desenvolvidos oferece uma maior capacidade de assistência a crianças com doenças crónicas, inclusive as soropositivas, graças a instituições de educação e serviços de aconselhamento especializados em jovens com necessidades especiais.

As informações emanam predominantemente de fontes oriundas do sul da África, mas esta tendenciosidade não constitui, necessariamente, uma desvantagem. É nesta região que a epidemia de VIH é mais forte. É onde, também, a resposta da maioria dos países é refreada pela insuficiência de infra-estruturas, tanto no sector da Saúde como no da Educação. Se for possível definir directivas que se apliquem às condições extremamente difíceis desta região, as chances são grandes de que possam ser aplicadas com eficiência na maioria dos outros continentes.

O estudo deu prioridade a questões educacionais, mas não deixou de lado o facto de que crianças e estudantes soropositivos necessitam de atendimento médico, nutrição e acompanhamento familiar adequados para que possam efectivamente tirar proveito das oportunidades oferecidas pela educação. Tampouco ignorou a necessidade implícita de parcerias pluri-sectoriais com instituições da área social, para garantir estes serviços e o atendimento. Confirmou que o apoio do Estado às crianças soropositivas envolve,

necessariamente, diversos sectores do governo, ressaltando que os Ministérios da Saúde, do Bem-estar Social e da Educação são os que têm maior carga de responsabilidade pelo atendimento e a protecção das crianças.

Embora haja um grande número de documentos relevantes a respeito da política relativa a crianças afectadas pela epidemia de SIDA, as experiências reais dos educadores e estudantes nos países em desenvolvimento forneceram informações e pormenores cruciais para as intervenções práticas. A visão destas pessoas acerca do que poderia ou deveria ser feito na área educacional para oferecer mais assistência às crianças soropositivas ainda não foi suficientemente analisada. Por conseguinte, o estudo documental analisou, primeiramente, a estrutura para a acção em termos de políticas e directivas; em seguida, o ambiente epidemiológico; por fim, as necessidades especiais das crianças soropositivas. O objectivo era construir uma representação que pudesse ajudar os profissionais que actuam nos diferentes níveis do sistema de educação, seja a nível formal ou informal.

A ênfase no ensino básico e secundário foi intencional e significa que as experiências conexas nos níveis pós-secundário e universitário não foram analisadas nem documentadas. Espera-se, no entanto, que será posteriormente desenvolvido um estudo acerca das necessidades dos estudantes soropositivos destes ciclos, o qual virá reforçar estas experiências.

Na sequência do estudo documental, os resultados das investigações de campo realizadas na Namíbia e na Tanzânia foram analisados e incorporados a este relatório final, cujo objectivo é oferecer um panorama abrangente que contribua para intervenções práticas a nível mundial.

## As investigações realizadas nos dois países

O trabalho de investigação foi desenvolvido simultaneamente na Namíbia e na Tanzânia, em Fevereiro de 2008. Duas equipas de investigação distintas, mas coordenadas, realizaram as entrevistas com informantes chave nos dois países. Organizaram também debates em grupos formados por adultos, bem como em grupos de discussão constituídos por estudantes soropositivos separados por género, tanto em regiões urbanas como rurais.

Em ambos os países, as equipas de investigação tinham por missão efectuar entrevistas semi-estruturadas com seis a dez informantes chave. Na medida do possível, as entrevistas deviam ser realizadas com representantes dos Ministérios da Educação, do Bem-estar e da Saúde, membros das redes PLHIV, bem como de organizações não governamentais (ONG), organizações comunitárias

**Quadro 1: Amostra por tipo de entrevistado e localização em zona urbana/rural**

	Namíbia		Tanzânia	
<b>Informantes Chave</b>	9		8	
<b>Membros de grupos de discussão de adultos</b>	37		37	
<b>Jovens e estudantes soropositivos</b>	30	Rural 19 Urbana 11	25	Rural 5 Urbana 20
<b>Órfãos afectados pela SIDA</b>	(Sem distinção)		10	
<b>Total de entrevistados</b>	76		80	

(CBO) e organizações de carácter religioso (FBO). Cada equipa de investigação devia também organizar até seis grupos de discussão com adultos, entre os quais professores, conselheiros, assistentes, pais e membros de ONGs, CBOs e FBOs, bem como quatro grupos de discussão reunindo estudantes soropositivos.

Os grupos de discussão deviam incluir participantes tanto das zonas urbanas como rurais, sabendo-se que é muito mais difícil formar este tipo de grupo em regiões rurais do que nas cidades. Estipulou-se também que, considerando a natureza e o carácter altamente sensível dos debates, bem como a faixa etária dos participantes, cada grupo de soropositivos reuniria unicamente estudantes do mesmo sexo.

Ao todo, 156 informantes chave responderam às entrevistas ou participaram nas discussões em grupo. Como ilustrado no Quadro 1, 17 pessoas entrevistadas eram informantes chave; 74 participaram nos grupos de discussão de adultos na qualidade de representantes dos sectores da Educação, da Saúde e do Bem-estar, ou de ONGs, CBOs, FBOs e redes PLHIV; 65 estudantes, crianças e jovens soropositivos participaram em 7 grupos de discussão, inclusive 10 órfãos residentes em zonas rurais e gravemente afectados pela SIDA.

A maioria dos informantes chave foram entrevistados em cidades, enquanto que metade dos grupos de discussão de adultos foram organizados em zonas rurais; 34 dos 65 órfãos e estudantes soropositivos que participaram nos grupos reuniram-se em zonas rurais, em grupos separados por indivíduos do mesmo sexo.

Foram desenvolvidas directivas de investigação diferentes para estes grupos, mas com o cuidado de fazer com que as entrevistas e discussões se focalizassem, na medida do possível, em temas e questões em comum. Em ambos os casos, as perguntas e os temas de discussão tinham por objectivo trazer à tona opiniões baseadas em experiências directamente relacionadas com os problemas enfrentados por crianças e estudantes soropositivos, quer fossem problemas próprios ao sistema educacional quer com ele relacionados<sup>10</sup>.

Constituir grupos de estudantes soropositivos foi uma tarefa particularmente difícil. Por isso, a organização do processo de investigação consistiu, primeiramente, em entrevistar os informantes chave e reunir os grupos de adultos, de maneira a situar o contexto para as discussões nos grupos de estudantes

soropositivos, bem como ajudar a encontrar uma forma de efectivamente reunir estes grupos. Finalmente, o problema da identificação e mobilização de jovens para que participassem nos grupos foi resolvido graças à solicitação de apoio e assistência feita às redes e organizações PLHIV. Além de dar bons resultados, esta solução também promoveu uma maior participação de representantes das redes PLHIV no trabalho de coordenação e tradução das discussões.

Para futuros trabalhos de investigação desta natureza, recomenda-se o uso desta metodologia. É também digna de nota a autêntica alegria demonstrada pelas crianças soropositivas que participaram nas discussões, pelo facto de encontrarem outros jovens em situação idêntica à sua, num ambiente que oferecia apoio e era isento de atitudes discriminatórias.

## Princípios éticos

As investigações realizadas nos países focalizaram-se nas crianças e nos estudantes soropositivos, bem como em questões que afectam os interesses e o bem-estar destes jovens. Todavia, a nível internacional, as investigações nesta área estão apenas a engatinhar e ainda não se conhecem as consequências, para as crianças, de discutirem as suas experiências como indivíduos soropositivos. De forma idêntica, não se sabe qual é a idade ideal para que participem neste tipo de discussão. Revelar a uma criança que é portadora do VIH é uma prerrogativa dos pais e a situação é mais bem compreendida quando considerada como um processo ao longo do tempo. Pedir a uma criança soropositiva que fale sobre as suas experiências pode equivaler a revelar a elas a sua soropositividade, no caso de não terem compreendido totalmente as consequências de serem portadoras do VIH – o que pode afectá-las emocionalmente. O próprio facto de pedir a uma criança que relate a sua história pode suscitar uma série de expectativas. Não se sabe ao certo se a sua participação na investigação traz benefícios para ela e existe o risco, efectivamente, de aumentar a sua vulnerabilidade.

A Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com a SIDA publicou princípios éticos para investigações participativas com mulheres soropositivas<sup>11</sup>, os quais são relevantes para todos os adultos infectados pelo VIH (embora a entidade ressalte a necessidade de incluir, nas investigações, as diferenças relativas ao género no que tange à transmissão e ao tratamento do

VIH)<sup>1</sup>. Menciona também o facto de que o processo de investigação pode afectar o bem-estar psicológico dos indivíduos envolvidos. Propõe a criação de um comité misto consultivo para investigações, formado por membros da comunidade investigada e pelas pessoas que desejam realizar a investigação, sendo que todas as partes interessadas devem ser consideradas investigadores. Embora, para o desenvolvimento do presente estudo, não se tenha criado este tipo de comité consultivo misto, as equipas de investigação levaram cuidadosamente em conta as opiniões e sugestões dos informantes chave e dos grupos de discussão de adultos, antes de darem início às discussões com as crianças e os estudantes. Este foi um importante ponto de partida, na medida em que estes grupos de adultos incluíam uma amostra dos profissionais envolvidos e outras partes interessadas, bem como representantes das redes PLHIV nacionais.

Portanto, para desenvolver o presente estudo, foram adoptados os princípios éticos publicados pela Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com a SIDA<sup>12</sup>. A Ficha apresenta um resumo destes princípios.

Decidiu-se que as entrevistas e as discussões em grupo seriam gravadas – excepto se um entrevistado, seja qual fosse a razão, não estivesse de acordo – e que ao(s) entrevistado(s) seriam dadas garantias de que as gravações estariam à sua disposição em todas as fases do trabalho, mediante simples solicitação.

Embora tivesse sido claramente estipulado que o relatório final da investigação seria redigido em inglês, todos os interessados tinham a possibilidade de ser entrevistados ou de participar nas discussões em grupo na sua língua materna. Finalmente, um grande número de discussões não foram realizadas em inglês, mas em outros idiomas; nestes casos, a equipa de investigação ficou encarregada da transcrição e tradução dos principais pontos abordados nos grupos pelos quais era responsável.

Não foi necessário solicitar autorização para realizar a investigação na Namíbia, mas, por medida de cortesia, o Ministério da Educação foi informado sobre o estudo por meio da HAMU (Unidade de Administração do VIH e da SIDA). Na Tanzânia, é obrigatório solicitar autorização para desenvolver investigações, mas como a principal organização envolvida (TAMASHA) é registada no país, o processo não apresentou dificuldades. Os limites da investigação.

## Os limites da investigação

Uma investigação qualitativa acerca de temas complexos e multifacetados, tais como as necessidades educacionais e emocionais de estudantes soropositivos, envolve, inevitavelmente, um exame de questões e dificuldades extremamente pessoais. Considerando o contexto de insuficiência de assistência e apoio por parte do sistema a nível nacional e local, bem como a frustração e desilusão das crianças envolvidas, as conclusões da presente investigação revelam a busca de justiça social. O profundo sofrimento das crianças entrevistadas e a dimensão da marginalização de que são vítimas rompem o silêncio de uma forma que pode desconcertar os Ministérios da Educação e os seus parceiros de desenvolvimento. A mensagem enunciada pelos entrevistados é clara: apesar das políticas bem intencionadas e do estabelecimento de estruturas de administração organizadas em várias camadas, a Educação não cumpriu, de maneira geral, a promessa de apoio e inclusão.

Da mesma forma, devemos reconhecer que, para os Ministérios da Educação, cuja actividade central é o ensino e a aprendizagem, a pressão adicional de gerir o impacto do VIH e da SIDA é imensa. Exceptuando-se as implicações sistémicas, estes Ministérios são responsáveis pelo cumprimento dos seus programas na sala de aula – um ambiente no qual convivem pessoas infectadas ou afectadas pelo VIH, hesitantes ou desorientadas, e sobre o qual têm, concretamente, pouco controlo. Portanto, não é de surpreender que a realidade nem sempre corresponda aos objectivos definidos por uma determinada política e às declarações reconfortantes das autoridades. No entanto, a missão da Educação, no quotidiano das salas de aula, é, efectivamente, proporcionar um ambiente que ofereça segurança, inclusão e aprendizagem, no qual as crianças possam desenvolver-se graças à aquisição de conhecimentos e competências; um ambiente em que as crianças tenham direitos e necessidades especiais, inclusive os estudantes soropositivos. Segundo os resultados do presente estudo, esta missão, de maneira global, não está a ser cumprida, pelo menos no que tange aos alunos soropositivos e a muitos outros estudantes que se tornaram vulneráveis em virtude da perda dos pais ou de outros factores relacionados com o VIH.



## **Ficha 1: Princípios éticos para investigações participativas com indivíduos soropositivos**

### **Os participantes e a natureza da sua contribuição para a investigação:**

É necessário explicitar a definição da(s) comunidade(s) seleccionada(s).

A provável diversidade dos seus pontos de vista deve ser reconhecida e respeitada.

A investigação deve ser explicada de maneira apropriada às pessoas da comunidade em questão, às quais se deve outorgar o direito de expressar quaisquer questões ou preocupações.

Devem-se oferecer oportunidades adequadas para a sua contribuição.

A investigação deve contar com o apoio da comunidade em questão.

### **Objectivo da investigação:**

A investigação deve proporcionar, aos participantes da comunidade, um maior conhecimento sobre os recursos individuais e colectivos para a autodeterminação, apresentar-lhes outros recursos e contribuir para que garantam a conquista dos factores determinantes à sua saúde e ao seu bem-estar.

O campo de investigação deve abranger um conjunto de determinantes para a saúde, incluindo género, idade e factores políticos, sociais ou económicos.

### **Processo e contexto – considerações metodológicas:**

O processo de investigação deve levar em conta os conhecimentos dos investigadores oriundos da própria comunidade nas fases de planeamento, implementação e avaliação.

Os métodos de recolha de dados para a investigação devem ser acessíveis aos membros da comunidade, quer sejam alfabetizados ou não, aos quais deve ser oferecida a possibilidade de aprender os referidos métodos de investigação.

O processo deve permitir que os investigadores externos adquiram conhecimentos acerca das perspectivas da comunidade e dos obstáculos que enfrentam para alcançar os seus objectivos.

O processo deve ser suficientemente flexível para permitir mudanças nos métodos e no foco da investigação, consoante as necessidades, e devem ser previstos procedimentos de avaliação das experiências durante a implementação da investigação.

Os investigadores oriundos da comunidade devem participar na interpretação e na síntese dos resultados, bem como na verificação das conclusões.

### **Oportunidades para tratar e fazer evoluir as questões de interesse:**

O processo de investigação deve reflectir o potencial da comunidade relativamente à aprendizagem individual e colectiva e à realização das acções subsequentes.

Deve também reflectir o compromisso, por parte dos investigadores externos e oriundos da comunidade, para com acções sociais, individuais ou colectivas, resultantes dos ensinamentos obtidos por meio da investigação.

### **Natureza dos resultados da investigação:**

Os membros da comunidade alargada devem ser beneficiados pelos resultados da investigação.

Os indivíduos soropositivos da comunidade devem ter a possibilidade de analisar o conteúdo, a linguagem e o estilo de todos os relatórios, escritos ou orais, antes que sejam apresentados ao público.

Deve haver um acordo específico no sentido de identificar e resolver quaisquer divergências na interpretação de resultados por parte dos investigadores externos e dos investigadores oriundos da comunidade, bem como um acordo entre eles no que tange à propriedade dos dados da investigação e à divulgação dos resultados.

Fonte: The International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)  
(Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com a SIDA)

2004. *Guidelines on Ethical Participatory Research with HIV Positive Women*. Washington, ICW.

Dito isto, é verdade que o presente relatório reflecte as opiniões de amostragens reduzidas, direccionadas e até auto-seleccionadas no âmbito do sector educacional de dois grandes países, não podendo beneficiar-se do acesso a dados comparativos resultantes de outras investigações. Embora as opiniões recolhidas devam suscitar uma intensa reflexão, é necessário desenvolver investigações adicionais em um vasto leque de países e continentes. No entanto, o simples facto de obtermos respostas insuficientes ou até inexistentes após a injeção e aplicação de recursos consideráveis no sector educacional deve desencadear novos questionamentos acerca dos processos e progressos, e talvez um maior rigor na monitorização e relatório e prestação de contas dos programas do sector.

Um aspecto positivo revelado nos relatórios sobre as investigações na Namíbia e na Tanzânia são os exemplos frequentes e profundamente emocionantes de professores, conselheiros e assistentes preocupados com as necessidades dos estudantes soropositivos e actuando para além das suas obrigações profissionais. Estas histórias contrastam fortemente, contudo, com muitas outras relatadas ao longo do estudo, as quais reflectem um impressionante desprezo, por parte de alguns professores, perante as necessidades e a vulnerabilidade dos alunos pelos quais são responsáveis. Este tipo de comportamento pode ser característico dos efeitos desumanizantes do VIH e da SIDA ou, efectivamente, de determinadas formas de estigma, mas deve ser corrigido mediante a aplicação rigorosa de políticas baseadas nos direitos humanos.

**Capítulo 3:**

**Conclusões**

***“A sensação é de estar totalmente só, de ser a única a sofrer desta doença”. “Minha avó disse-me que não contasse a ninguém”.***

Estudante soropositiva, 11 anos, sexo feminino, Namíbia

Uma leitura dos estudos realizados nos dois países mostra uma notável coincidência entre as questões, preocupações e opiniões dos entrevistados, sejam eles informantes chave ou membros de grupos de discussão<sup>13</sup>. Este resultado era provavelmente previsível. A investigação reflecte os pontos de vista de grupos pequenos, direccionados e com perfis semelhantes, tanto na Namíbia como na Tanzânia, que reúnem crianças infectadas e afectadas pelo VIH, redes PLHIV, ONGs e informantes chave das áreas da Educação, da Saúde e do Bem-estar Social.

As respostas podem revestir, de certa forma, um carácter tendencioso, em particular por parte dos entrevistados insatisfeitos com o tratamento que recebem do sector da Educação e das instituições conexas. Todavia, é importante ressaltar o nível de coerência presente nas suas respostas e experiências pessoais. O estudo documental reforça esta impressão de coerência ao analisar o material científico relacionado com as necessidades especiais destas crianças, bem como as declarações públicas de organizações nacionais e internacionais que lidam com a epidemia<sup>14</sup>.

Por um lado, esta convergência é encorajadora, pois sugere que estes pontos comuns podem facilitar o desenvolvimento de uma resposta estratégica única para as regiões afectadas. Por outro lado, é profundamente perturbador o facto de que, em pleno século XXI, estas questões ainda permaneçam, de maneira inequívoca, no primeiro plano, particularmente considerando os níveis de financiamento e atenção direccionados para o impacto do VIH e da SIDA na Educação na África Subsaariana.

Para que se possa fazer recomendações relativas às acções correctivas, é necessário analisar as conclusões do estudo documental e consolidar as conclusões das investigações desenvolvidas nos dois países, numa tentativa de compreender melhor estes temas emergentes e as suas consequências.

## Estudos documentais

Vários pontos fundamentais emergem dos estudos documentais, enfatizando a importância vital da Educação e do sector educacional no combate ao VIH e à epidemia de SIDA.

A experiência tem mostrado que os programas de promoção da saúde podem reduzir a incidência de novas infecções, embora o número total de crianças infectadas permaneça assustadoramente alto na África Subsaariana. Por conseguinte, é cada vez maior o número de crianças que recebem atendimento residencial em orfanatos, casas colectivas e abrigos, sendo que um número desproporcional destas crianças são soropositivas.

Neste sentido, a escola representa um importante complemento para o atendimento institucional, orientando as crianças pelo caminho da adolescência e rumo à idade adulta, e prestando assistência em relação aos seus problemas emocionais e de aprendizagem. No entanto, se o número de infecções nas zonas altamente endémicas não for reduzido, todos os sistemas, inclusive o da Educação, correm o risco de entrar em colapso.

### Suprir às necessidades das crianças soropositivas

As crianças soropositivas têm necessidades especiais. São portadoras de uma doença que é alvo de estigma e as suas vidas correm perigo se a doença não for identificada e tratada. Uma das consequências da infecção é que as probabilidades de que as crianças soropositivas sejam órfãs, sofram de desnutrição e não frequentem uma escola é muito maior que as de outras crianças. Os efeitos biológicos do VIH são graves e os problemas de saúde das crianças soropositivas podem afectar o ingresso e os progressos na escola. As crianças soropositivas estão sujeitas a problemas neurológicos, alguns dos quais podem ser revertidos se o paciente for tratado. No entanto, são mais vulneráveis a infecções oportunistas, razão pela qual as escolas devem ser particularmente vigilantes em relação à higiene, a fim de garantir a saúde das crianças em situações de vida em colectividade.

A Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas inclui secções particularmente aplicáveis aos direitos das crianças soropositivas e órfãs a receberem

protecção e educação<sup>15</sup>. Embora uma abordagem baseada nos direitos das crianças seja um passo importante a nível jurídico para prestar assistência às crianças soropositivas, não passa, todavia, de uma primeira etapa. As medidas de apoio político, os recursos financeiros e as competências administrativas precisam ser desenvolvidos se estes países quiserem colocar em prática o que pregam.

### Prestar assistência às escolas

Existem boas razões para que os governos cooperem nas estratégias regionais e internacionais que tenham por objectivo atender às necessidades específicas de estudantes soropositivos. Cabe também aos Ministérios da Educação o importante papel de disponibilizar os subsídios necessários às ONGs que trabalham em conformidade com objectivos aprovados a nível nacional em matéria de assistência e educação de crianças soropositivas, e de estabelecer parcerias com as organizações da sociedade civil que possam prestar uma contribuição apropriada.

É preciso definir estratégias que possam atrair mais pessoas para a carreira docente, em particular nas zonas rurais isoladas, onde as possibilidades de moradia, transporte e outras infra-estruturas são limitadas. Os professores estão em contacto quotidiano com alunos

que se enquadram em grupos de idade de alto risco e ocupam uma posição que lhes permite discutir sobre estes riscos de maneira gradual e ampla, ao longo do tempo, para que os jovens se tornem cidadãos bem informados.

Os professores soropositivos têm também as suas necessidades específicas e devem receber o apoio dos sindicatos profissionais. Além disso, a comunidade escolar deve ser formada para reduzir o estigma. Embora caiba aos pais a responsabilidade de revelar às crianças a sua soropositividade, os professores devem ter plena compreensão do problema, para que sejam capazes de fornecer respostas adaptadas na sala de aula.

### Manter a qualidade da educação

Embora haja vantagens incontestáveis na inclusão de crianças soropositivas com necessidades especiais no sistema escolar regular, é extremamente importante que a qualidade do ensino seja mantida, e até aprimorada, à medida que o processo de educação inclusiva se desenvolve em regiões endémicas. A motivação e as atitudes dos professores são fundamentais para alcançar este objectivo e pode ser necessário oferecer formação complementar aos professores encarregados da educação de crianças que apresentam diversos obstáculos à aprendizagem. Estes profissionais deverão ser capazes de administrar problemas comportamentais e emocionais simples.

Os profissionais que trabalham nas escolas devem ser formados para manter registos precisos em relação ao absentéismo e ao desempenho escolar, e para usar estes dados com o objectivo de identificar os problemas das crianças, de forma a definir uma estratégia de ajuda que mobilize a escola e a família. Esta tarefa será facilitada se os professores trabalharem junto de uma comunidade que lhes dê apoio. Isto pode ser alcançado se se dispuserem a colocar as suas competências à disposição da comunidade como um todo.

É preciso desenvolver novos programas e currículos sujeitos a exames, a fim de atender às necessidades dos alunos de maneira proactiva. Os responsáveis pelo planeamento de currículos devem consultar o máximo possível de pessoas e analisar as melhores práticas a nível regional e internacional, mas também utilizar, sempre que possível, exemplos e ilustrações locais que sejam culturalmente apropriados.



**Uma educação de qualidade para todos os alunos exige apoio para os professores, administradores e outros intervenientes do sector educacional, bem como material curricular e de aprendizagem apropriado e vínculos com serviços relevantes dedicados a crianças infectadas e afectadas.**

As famílias de crianças soropositivas em geral encontram-se afectadas de maneira negativa pelo VIH e pela SIDA e, portanto, não estão em condições de oferecer uma assistência suficientemente sólida para o desenvolvimento dos seus filhos. Os professores e conselheiros devem ter plena compreensão destes problemas, para que sejam capazes de fornecer respostas adaptadas às questões e dificuldades que surgirem na sala de aula. Nos países afectados, o sector educacional como um todo tem a responsabilidade de prestar assistência e orientar estas crianças nos planos social, emocional e educacional, preparando-os para a idade adulta. Os Ministérios da Educação devem criar serviços adicionais de aconselhamento e assistência psicológica, a fim de suprir às necessidades de um número cada vez maior de crianças infectadas e afectadas pelo VIH nas escolas.

## As investigações realizadas nos dois países

As conclusões dos estudos desenvolvidos nos dois países foram divididas em duas secções: desafios e respostas. A primeira secção examina alguns dos principais desafios enfrentados por estudantes e outros jovens que se esforçam para lidar com a epidemia de VIH e SIDA na Namíbia e na Tanzânia.

### Desafios

#### Pobreza

A pobreza é citada como um elemento que limita a experiência dos alunos em praticamente todos os níveis e influencia fortemente as atitudes e as acções de muitos pais. A pobreza está estreitamente relacionada com o abandono do sistema escolar e com a fome, sendo que esta última constitui um real problema para crianças sob TAR. No caso da Tanzânia, em particular, a capacidade do sistema e da sociedade de intervir é extremamente limitada, em razão da conjuntura económica do país. De facto, a ausência de recursos de ONGs no país evidencia que a capacidade de ajuda está severamente comprometida, embora tenha havido inúmeros exemplos de bons trabalhos. Portanto, é muito provável que as intervenções e acções correctivas

sejam, em todos os níveis, prejudicadas pela aparente insuficiência de recursos para a implementação das políticas.

Comprovou-se também que a pobreza tem efeitos no plano institucional. Na Tanzânia, por exemplo, todos os estudantes devem, ao que parece, pagar por “aulas extras fora do horário escolar”, como forma de complementar os rendimentos dos professores. Este costume parece ser mais a regra que a excepção e, fundamentalmente, marginaliza todas as crianças que não dispõem de recursos para pagar as aulas. Esta aberração do sistema reforça ainda mais a exclusão da população carente que não tem acesso à educação, incluindo órfãos e outras crianças vulneráveis em virtude do VIH e da SIDA.

#### **Um menino de Dar es Salaam relatou aos investigadores:**

*“Não tenho a camisola da escola nem as roupas para a prática desportiva e a minha mãe não as pode comprar porque são muito caras. Isto significa que sou reprovado na disciplina desportiva porque a cada vez que vou à prática o professor diminui as minhas notas e, no final do dia, tenho uma nota baixa. Não querem ver nenhum aluno a usar uma camisola que não seja a da escola; mas se estiver a fazer frio ou se eu tiver uma infecção pulmonar, terei problemas”.*

A pobreza, ademais, obriga os jovens, em particular as raparigas, a se submeterem a situações extremamente perigosas para a sua saúde. Por exemplo, podem aceitar dormir com homens mais velhos, conhecidos como “sugar daddies”, em troca de dinheiro para comprar material e livros escolares. Tal comportamento representa uma ameaça potencial à vida, haja vista o elevado nível de prevalência do VIH.

#### **Na cidade de Njombe, Tanzânia, uma rapariga órfã de 15 anos relatou aos investigadores:**

*“Somos tentadas a ingressar no comércio sexual a fim de obter dinheiro para pagar as exigências da escola. Se uma rapariga que leva uma vida difícil recebe este tipo de proposta, não pode recusar. Os homens que desejam fazer sexo conosco não são meninos nem rapazes da nossa idade, mas adultos”.*

A pobreza constitui um real problema na Tanzânia, considerado um dos países mais pobres do mundo. Contudo, os efeitos da pobreza também foram evidenciados nos comentários das entrevistas realizadas na Namíbia, sobretudo nas zonas rurais. Embora a pobreza, condição socioeconómica subjacente, esteja

fora do alcance de quaisquer medidas correctivas que visem a suprir às necessidades educacionais de alunos soropositivos, alguns aspectos dos seus efeitos podem e devem ser tratados.

Primeiramente, a pobreza a nível familiar limita e até impede o acesso à educação – uma situação que deve ser combatida por meio de políticas e da ampla distribuição de bolsas de estudo e dispensas de propinas. Em segundo lugar, a necessidade de uma nutrição de boa qualidade é reconhecida pelos programas de alimentação, mas o estudo sugere que estes programas não estão amplamente disponíveis para a população, em particular nas zonas rurais. A disponibilização de pelo menos uma refeição por dia para as crianças vulneráveis, através do sistema de Educação, é um dever inapelável, visto que as verbas existem e estão previstas nos orçamentos dos países. Estes recursos devem incluir o fornecimento de uniformes escolares (excepto se esta exigência for abolida), calçados e material escolar para as crianças com dificuldades de acesso à educação, apesar das bolsas de estudos e dos subsídios.

Em terceiro lugar, o estudo deixa claro que os mais importantes programas e auxílios oferecidos por ONGs, CBOs e FBOs a estudantes soropositivos e outras crianças em situação de vulnerabilidade também estão ameaçados por falta de recursos e de capacidade. Embora haja relatos de que muitas destas organizações estariam a padecer de problemas estruturais internos, é evidente que as verbas concedidas pelos doadores estão efectivamente disponíveis para financiar estes projectos, embora possa haver atrasos ou até bloqueio das verbas por razões complexas e exigências quanto à apresentação de relatórios. As reduzidas capacidades de gestão destas organizações podem também constituir uma dificuldade, mas estas barreiras podem e devem ser superadas se existe uma real busca pelo progresso. As acções que visem a mitigar o impacto complementar das dificuldades económicas em todos os níveis devem, portanto, constituir uma das bases de toda e qualquer resposta abrangente para as necessidades não apenas de estudantes soropositivos como de quaisquer crianças em situação de vulnerabilidade.

### Região urbana/rural

Um aspecto recorrente do estudo foi o elevado nível de privação e dificuldade de que sofrem as crianças

soropositivas ou vulneráveis nas áreas rurais. Segundo os entrevistados, os serviços governamentais e as ONG, embora muito actantes em relação ao problema da pobreza, têm uma presença relativamente pequena nas zonas rurais. Isso inclui o fornecimento de TAR, bem como de atendimento médico básico e de suplemento nutricional, incluindo os programas de alimentação.

O problema é muito bem ilustrado pelo exemplo do próprio sistema de Educação. Os professores, com frequência, relutam em aceitar afectações para cargos em zonas rurais, por causa do isolamento, da insuficiência de moradas e transportes e, devido à incidência cada vez maior de infecção pelo VIH, da distância de estabelecimentos médicos. O problema é particularmente acentuado no caso de professores com formação em inglês, matemática e ciências; em virtude da escassez destes profissionais, conseguem “negociar” as suas afectações ou, como acontece frequentemente, são “sequestrados” pelo sector privado ou por outros serviços governamentais. A insuficiência de livros e de material escolar nas zonas rurais agrava o problema, bem como os padrões inferiores que caracterizam as escolas e salas de aula. Neste contexto, é provavelmente realista afirmar que TODOS os estudantes (bem como as crianças não escolarizadas) são vulneráveis, em maior ou menor grau.

**Ilustrando o nível de isolamento que enfrentam os estudantes soropositivos nas regiões rurais, uma menina de dez anos da Tanzânia declarou aos investigadores:** *“A minha família não sabe que estou doente, porque desde que me trouxeram aqui para a aldeia não retornaram para me ver. Só a minha avó e alguns vizinhos estão ao corrente”.*

Nesta situação de isolamento, é intensa a competição pelos escassos recursos, bem como a presença de estigma e discriminação. A solução para estes problemas, considerando a situação de pobreza generalizada na região, não será simples a encontrar, nem imediata. Portanto, cabe ao sector educacional procurar formas inovadoras de garantir o fornecimento de um certo número de serviços básicos à população carente das zonas rurais. Estes serviços não atenderão às necessidades específicas dos estudantes soropositivos, por exemplo, mas podem ser adaptados para suprir às necessidades básicas das crianças em situação de vulnerabilidade, o que inclui acesso à educação, fornecimento adequado de professores e conselheiros capacitados, e auxílio nutricional básico.



**A estigmatização e a discriminação generalizadas prejudicam a resposta nacional ao VIH e à SIDA de todas as maneiras.**

### **Estigma e discriminação**

Um dos temas mais mencionados nos estudos desenvolvidos nos dois países foi o problema do estigma e da discriminação. Todas as crianças soropositivas entrevistadas na Namíbia e na Tanzânia mencionaram experiências negativas pessoais reiteradas devidas ao facto de terem revelado a sua situação. Todas afirmaram sentir-se mais seguras ao guardarem silêncio.

**Um testemunho típico foi dado por um menino soropositivo de nove anos na Namíbia: “Os meus amigos simplesmente zombarão de mim e excluir-me-ão do grupo se eu lhes contar que sou soropositivo. Depois, quem serão os meus amigos?”**

Este medo era o resultado de atitudes intolerantes na escola e até mesmo em casa, de intensa pressão por parte dos colegas e da inexistência de medidas eficazes ou de apoio por parte das equipas profissionais das escolas ou do sector educacional como um todo. O estigma foi descrito como “mais devastador” do que a doença em si, ressaltando-se que os níveis de denegação evidentes no sistema “contribuem, na realidade, para promover o alastramento do VIH”; em resumo, em ambos os países o estigma foi considerado como um dos factores que mais seriamente afectam as respostas nacionais ao VIH e à SIDA, em todos os sentidos.

Entre os muitos exemplos de estigma e discriminação, um dos mais perturbadores foi observado na

Tanzânia, onde alguns professores obrigam os alunos soropositivos a usarem fitas vermelhas para que possam ser identificados. Contudo, as histórias relatadas por professores e jovens estudantes, ora positivas ora negativas, apontam para uma certa ambivalência e até a esperança de que as mentalidades estejam a mudar em alguns meios. Foram também observadas algumas subtilezas nas experiências discriminatórias. Alguns estudantes que haviam revelado a sua soropositividade afirmaram enfrentar menos problemas que os alunos “suspeitos” de infecção pelo VIH por estarem repetidamente doentes ou apresentarem “problemas dermatológicos” evidentes; declararam que “consideram a SIDA uma doença como qualquer outra, que não afectou as suas vidas”. Globalmente, os entrevistados afirmaram que o estigma é o resultado da “incapacidade de fornecer educação abrangente para o VIH e a SIDA e de combater os preconceitos e o medo das pessoas”.

No entanto, a atitude dos professores foi frequentemente descrita como indiferente, por vezes dificultando ainda mais a participação efectiva de alunos soropositivos no processo de aprendizagem ou o acesso a terapias anti-retrovirais, quando necessário.

**Um jovem de 16 anos da Namíbia revelou para os investigadores: “Eu disse à minha professora que tinha de ir à clínica de terapia ARV e ela contou aos outros professores e aos estudantes que eu era soropositivo”.**

Vários entrevistados citaram professores e directores de escolas que, sem dúvida agindo de boa-fé, tentaram proteger os alunos soropositivos de estigmas, afirmando publicamente que, na realidade, não eram soropositivos. Na Namíbia, um jornal publicou que uma estudante e a sua mãe teriam sido expulsas de casa pelos familiares quando estes descobriram que ambas eram soropositivas. Ao chegar à escola no dia seguinte, as outras crianças afastaram-se dela e pediram que não se aproximasse demais. Ficou chocada e sem saber o que fazer. Para a sua surpresa, os professores disseram aos alunos que o jornal tinha cometido um erro e que a estudante em questão não era soropositiva. Foi preciso um certo tempo para que as crianças voltassem a interagir normalmente com a menina, mas logo tudo tinha sido esquecido. Deu-se conta de que os professores tinham agido daquela maneira para a proteger. Hoje, é como se nada tivesse acontecido e a menina ainda guarda para si o seu segredo, sentindo-se incapaz de contar que é



soropositiva aos colegas. Conseguiu organizar-se para ir ao atendimento ARV depois da escola e caminha de casa ao hospital uma vez por mês para receber a medicação. A única pessoa que sabe aonde a menina vai é a sua mãe. Não tem confiança em nenhuma outra pessoa e tenta empurrar o VIH para um canto da sua mente.

Este relato proveniente do mundo descompromissado dos pátios de recreio escolares mostra que ainda há muito a ser feito para que as crianças soropositivas possam decidir-se a revelar a sua soropositividade voluntariamente.

**Uma menina de Dar es Salaam disse aos investigadores:** *“Estou na última série do ensino primário. Ninguém na escola sabe. Seria melhor que soubessem, mas tenho medo de ser estigmatizada”.*

É interessante notar que, com frequência, são os próprios pais ou responsáveis que, para proteger as crianças, proibem-nas de revelar a sua soropositividade. Portanto, é evidente que o silêncio ainda é a opção mais frequentemente escolhida pelos estudantes soropositivos e os seus pais.

Ironicamente, embora algumas crianças tenham declarado ser melhor revelar a soropositividade do que permanecer “sob suspeita” da infecção, poucas afirmaram que revelar é a melhor opção. Outras disseram que o facto de terem pais doentes leva a crer que também sejam soropositivas, mas quase todos os entrevistados ressaltaram que o VIH era apenas uma das muitas situações de estigma.

Os esforços empreendidos pelos ministérios em ambos os países para que os estudantes soropositivos sejam incorporados à categoria mais ampla de órfãos e crianças vulneráveis (OVC), aparentemente com o objectivo de evitar estigmas adicionais, confirmam a dimensão considerável do problema. Estes esforços – para alívio de alguns dos estudantes soropositivos entrevistados – evidenciam uma certa boa vontade por parte das autoridades, mas mostram que as medidas e protecções desenvolvidas pelos governos não estão a dar resultados concretos. O facto de pais e professores continuarem a tentar impedir a revelação da soropositividade das crianças comprova que a receptividade para este tipo de informação ainda deixa a desejar. É difícil vislumbrar quais são, actualmente, os incentivos concretos para que as crianças declarem

a sua soropositividade, perante tamanha pressão do ambiente.

**Uma estudante entrevistada na Tanzânia contou aos investigadores:** *“Um dia, no autocarro escolar, corri para pegar um assento, quando uma colega disse ‘deixe o assento para que a defunta possa sentar-se’. Chorei e fui ter com o professor, que puniu a aluna em questão, mas fiquei muito magoada. Ela tinha dito isto porque estou frequentemente doente”.*

Evidentemente, as crianças não têm consciência dos seus direitos à privacidade, à confidencialidade e à protecção contra estigmas e discriminação. Tampouco sabem com quem dialogar sobre estes problemas, o que confirma o fracasso em traduzir as promessas políticas em acções. Muitos jovens entrevistados ressaltaram a necessidade de dispor de informações completas que os possam orientar e ajudar a lidar com “os preconceitos e o medo das pessoas”, em vez das “mensagens”, em geral superficiais, colocadas à sua disposição. Apesar disto, os estudos revelaram que muitas crianças e adolescentes soropositivos demonstram uma extraordinária resiliência contra adversidades, sendo que vários deles afirmaram que “as coisas estão a mudar para melhor”.

**Um aluno da quarta série do ensino secundário na Tanzânia declarou:** *“O VIH é como outra doença qualquer. A minha vida é como a de qualquer outro estudante. Conviver com o VIH não me afectou de maneira alguma”.*

## O ambiente familiar

O ambiente familiar surgiu, no estudo, como um factor de extrema complexidade. De facto, um dos piores casos de maus-tratos observados pelos investigadores envolvia os pais de uma criança na Tanzânia, um menino que cursava o nível primário e vivia com os pais. Embora tivesse o corpo todo coberto de micoses, nunca tinha sido submetido a um teste de VIH. Os seus pais obrigavam-no a cozinhar a sua própria comida num fogão à parte e a utilizar loiça separada, a fim de não infectar os demais membros da família. Quando os professores decidiram oferecer assistência ao menino, inclusive dando-lhe comida e dinheiro para comprar medicamentos, os pais foram à escola e disseram aos professores que não deviam perder tempo, já que o menino, de qualquer forma, iria morrer.

A grande maioria das crianças entrevistadas tinha o sentimento de que os seus tutores (avós, irmãs, etc.) cuidavam bem delas, considerando as condições económicas em que viviam. Todavia, esta situação tornava-se visivelmente mais difícil em situações de pobreza, com a conseqüente competição pelos escassos recursos disponíveis no ambiente e o peso do estigma cultural que se estende para além do VIH e da SIDA. Em resumo, os lares não constituem refúgios seguros, como poderíamos esperar.

**A pobreza revelou-se como um problema frequentemente presente nas famílias afectadas pelo VIH e a SIDA:** *“As crianças por vezes vivem com pais ou tutores que lutam pela própria sobrevivência. Com isso, passam fome e não recebem assistência emocional”, afirmou o representante de uma ONG da Namíbia.*

As necessidades nutricionais também foram mencionadas com frequência e relacionadas com a necessidade de as crianças alimentarem-se correctamente quando sob terapia anti-retroviral.

**Um menino de Dar es Salaam disse aos investigadores:** *“Como uma vez por semana porque a minha tia está desempregada e não tem ninguém que a possa ajudar. A PASADA [organização que ajuda esta família] diz que para que os medicamentos (ARV) sejam eficazes, devemos tentar comer bem. Saio de casa às seis horas da manhã, tomo o remédio em jejum e, na escola, não tenho dinheiro para comprar comida. É por isso que tenho tantos problemas de saúde; quando volto a casa, às vezes como à noite, apenas uma vez por dia, só isso”.*

É preocupante perceber que pais adoptivos e tutores de órfãos soropositivos nem sempre demonstram a compreensão e a compaixão necessárias, sendo geralmente incapazes de oferecer suficiente apoio emocional. Muitas crianças, efectivamente, encontravam-se sob a protecção de um tutor e não dos seus pais, o que confirma a sobreposição entre o facto de ser soropositivo e ser órfão.

**O testemunho de uma rapariga soropositiva de 13 anos, na Tanzânia, ilustra um problema frequentemente mencionado pelos entrevistados:** *“Mandaram-me de volta a casa porque não tinha o livro de exercícios; quando pedi ao meu tutor que o fosse comprar, disse-me que fosse eu mesma ganhar o dinheiro, visto que já sou grande”.*

Além das dificuldades práticas, os pais em geral não sabem como revelar o facto de serem soropositivos, ou de a própria criança ser soropositiva, aos seus filhos, a outros membros da família, aos professores ou aos amigos. Alguns entrevistados afirmaram que “a discriminação começa quando os pais são soropositivos ou têm a SIDA”, confirmando assim que a presença da doença em casa – associada aos baixos rendimentos da família, ao custo crescente dos tratamentos médicos e às obrigações domésticas – pode ter efeitos negativos sobre as crianças. As mães, em particular, temem que os filhos fiquem ressentidos ao descobrirem que nasceram soropositivos; por isso, a revelação ainda representa um acto difícil, como pisar em território desconhecido, mesmo no seio da família.

**Na Tanzânia, uma rapariga relatou:** *“A minha mãe e eu fizemos o teste e fomos diagnosticadas como soropositivas. Disse que eu não contasse nem para os meus parentes, nem mesmo para a minha própria irmã, porque tem medo de que eu seja vítima do estigma”.*

Portanto, o silêncio é, mais uma vez, o comportamento padrão no ambiente familiar: os pais temem revelar a sua própria soropositividade e a dos seus filhos, num ambiente manifestamente discriminatório. Existe uma correlação evidente, para a comunidade, entre o facto de um dos pais ser soropositivo e a presunção de que a criança em questão seja também soropositiva. Este estigma “colectivo” abrange a família alargada, exacerbando as tensões internas e a marginalização dos membros soropositivos da família.

Paralelamente a este silêncio omnipresente, observa-se a falta de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Muitos entrevistados afirmaram não ter recebido educação sexual, nem mesmo em nível rudimentar, por parte dos pais, de responsáveis, de professores ou de organizações assistenciais. O constrangimento ou a incapacidade dos adultos de lidar com estas questões, dentro e fora do âmbito familiar, reduz consideravelmente as chances de a criança evitar ou prevenir infecções sexualmente transmitidas, entre as quais o VIH. O aumento do número de raparigas grávidas em muitos países da África Subsaariana confirma esta triste realidade. Não resta dúvidas de que qualquer resposta às necessidades de estudantes soropositivos deve englobar o ambiente familiar alargado e abrir caminho em meio à desconfiança, à ignorância e ao silêncio.

Todavia, não se pode deixar que os testemunhos relatados nesta secção ofusquem o grande número de histórias positivas de amor e devoção. Embora fossem minoria no presente estudo, revelaram uma impressionante resiliência por parte das crianças soropositivas ou afectadas pelo VIH. Com excepção das crianças que adoecem frequentemente, muitas declararam “*levar uma vida normal e não ter problema algum, pois o VIH é uma doença como qualquer outra*”.

### Órfãos e Crianças Vulneráveis

As crianças soropositivas, muitas das quais são também órfãs, vêm-se obrigadas a lidar com diversos tipos de problemas, aos quais se acrescentam a pobreza e a ausência de pais ou de apoio familiar. Na Namíbia, muitos informantes chave indicaram que os estudantes soropositivos são incluídos na categoria mais larga de órfãos e crianças vulneráveis (OVC). A medida foi considerada positiva, uma vez que a inclusão das crianças soropositivas neste grupo mais vasto reduz as chances de negligência, preconceito e exclusão, que constituem as principais consequências da denegação e do estigma relacionados com o VIH na Namíbia.

Globalmente, os entrevistados pareciam mais felizes em serem identificados como OVC do que como soropositivos, sobretudo porque, desta forma, tinham direito à inscrição em programas de alimentação. Contudo, notaram que os regimes TAR e as frequentes consultas em clínicas os diferenciavam, mesmo no âmbito deste grupo.

No entanto, os órfãos também são vítimas de estigmas. Na Tanzânia, 90% dos órfãos entrevistados nas zonas rurais declararam ser estigmatizados e maltratados e, em alguns casos, sofrer abuso sexual por parte dos seus próprios tutores (ver a Ficha). Embora, aparentemente, esta situação não seja segredo, o sistema de assistência social da Tanzânia padece de carência crónica de recursos, fazendo com que nenhuma medida seja tomada contra estes supostos agressores. A situação nas zonas urbanas é ligeiramente melhor, em virtude da presença de organizações de maior porte que, voltadas para o bem-estar de OVC, oferecem serviços de aconselhamento e apoio de melhor qualidade. Os tutores que vivem em meios urbanos em geral dispõem de mais recursos resultantes do facto de cuidar de uma criança; no entanto, algumas crianças entrevistadas

disseram ter a impressão de serem “usadas” pelos tutores para que estes tenham acesso aos recursos.

**Na Namíbia, uma rapariga órfã de 12 anos disse aos investigadores:** *“Deixei a família que cuidava de mim porque diziam coisas que me magoavam. Agora, como recebo um auxílio financeiro, querem que eu volte”.*

Apesar destes problemas, a Unidade responsável pelo VIH e pela SIDA do Ministério da Educação e da Formação Profissional (MoEVT) da Tanzânia informou que os estudantes soropositivos estão incluídos nos seus projectos mais amplos voltados para OVC, com base no princípio de que isto poderá reduzir o estigma relacionado com o VIH. Esta abordagem é coerente com a intenção manifestada por este Ministério de combater o estigma e a discriminação, mas baseia-se em níveis de aconselhamento e assistência ainda não verificados na realidade, pelo menos do ponto de vista dos entrevistados. A característica distintiva das crianças soropositivas no âmbito deste grupo mais amplo é, obviamente, a necessidade de TAR, uma vez que a infecção tenha sido diagnosticada. Pelo menos em relação a este aspecto, todas as pessoas entrevistadas mostraram-se satisfeitas, em maior ou menor grau, com o acesso a tratamentos na Tanzânia – com a ressalva de que, nas zonas rurais, o acesso é mais difícil.

A taxa de coincidência entre soropositividade e orfandade nas populações de estudantes e outras crianças ainda precisa ser quantificada com precisão, embora haja estimativas a nível internacional. O presente estudo sugere, contudo, que a sobreposição destas duas condições é, efectivamente, elevada. Este talvez seja um dos factores que motivaram os Ministérios a incluírem os estudantes soropositivos no grupo mais amplo de OVC. Apesar desta medida, parece evidente que, por si só, a orfandade também é estigmatizada a nível familiar, comunitário e institucional, sobretudo nas zonas rurais. Os relatos de abusos cometidos por tutores de órfãos entrevistados sugerem que estes são “uma presa fácil” no seio da comunidade.

**Na Tanzânia, um estudante órfão de 14 anos disse aos investigadores:** *“quando pedi dinheiro ao meu tio, respondeu que deveria ir ao túmulo dos meus pais para lhes pedir. Desde aquele dia, tenho trabalhado como carvoeiro para ganhar dinheiro”.*

Tudo leva a crer que OVC consigam sair-se melhor nas zonas urbanas, onde há maior disponibilidade de assistência por parte de organizações. Isto significa, provavelmente, que a elasticidade das famílias rurais alargadas finalmente cedeu sob a pressão implacável da pobreza, do VIH e da SIDA.

Se os ministérios deveriam ou não ter incluído os estudantes soropositivos nos programas desenvolvidos para OVC é uma questão controvertida. Por um lado, o facto de pertencer a uma categoria mais geral pode, efectivamente, contribuir para reduzir o estigma e proporcionar maior inclusividade e até maior apoio por parte das pessoas em situação idêntica. Sem dúvida, a medida amplia o acesso a programas de alimentação e a outras intervenções que talvez ficassem fora do alcance destes estudantes, excepto – apesar da desaprovação dos pais, em muitos casos – se revelassem a sua soropositividade para receberem a devida consideração pelas suas necessidades. Diante destas condições extremas, não é de surpreender que se sintam felizes em serem classificados como OVC.

Por outro lado, a medida não leva em conta a necessidade dos estudantes soropositivos de receberem tratamento com a devida regularidade, bem como o apoio e a compreensão que a sua condição médica e psicológica exige. A serena resiliência demonstrada por alguns entrevistados sugere que as crianças talvez tenham uma capacidade de lidar com circunstâncias adversas maior que se possa imaginar. Contudo, é bem provável que as suas feridas emocionais se tornem ainda maiores ou até permanentes se não forem tratadas mediante aconselhamento e um serviço abrangente de assistência. A maneira como este apoio pode ser oferecido em contextos com carência de recursos constitui um desafio primordial.

## A história de uma órfã tanzaniana

*Moro com uma tia que tem várias filhas grandes. Todos os dias, acordam-me cedo para que limpe a casa sozinha; a casa é bastante grande. Quando acabo, devo preparar o pequeno-almoço para elas. As minhas primas acordam, bebem chá e vão para a escola. Sempre chegam cedo à escola, mas em geral chego atrasada por causa de todo o trabalho que tenho de fazer, e ainda por cima sou punida. Mesmo se consigo ir às aulas, sinto-me muito cansada. Depois da escola, a minha tia quer que eu volte a casa imediatamente para buscar lenha e efectuar outras tarefas domésticas, enquanto as suas filhas fazem os deveres escolares.*

*Em casa, não me dão comida. Mandam-me esperar que os outros acabem de comer e depois dão-me os restos. Às vezes deixam que coma com eles, mas nestas ocasiões falam tanto de mim que chego a perder o apetite.*

*O meu tio em geral chega a casa bêbado. Dou-lhe o seu jantar e em seguida tenta acariciar-me. Se recuso, fica zangado. Se conto à minha tia, responde que estou a mentir e a inventar coisas acerca do seu marido.*

## Respostas

A Educação é constantemente apontada pela comunidade de especialistas em desenvolvimento internacional como uma “vacina social” para o VIH. No entanto, o estudo desenvolvido nos dois países indicou que o sector educacional na Namíbia e na Tanzânia são insatisfatórios, em muitos aspectos, no que tange à resposta à epidemia.

### O sector educacional: política relativa ao VIH e à SIDA e a sua implementação

Na Namíbia, a política do sector educacional em matéria de VIH e SIDA foi geralmente considerada eficaz, embora muitos entrevistados tenham apontado para a falta de implementação e liderança, bem como a falta de coordenação entre os sectores e os fornecedores de serviços. Na Tanzânia, o MoEVT alega que “as questões relacionadas com o VIH e a SIDA são uma prioridade nas suas estruturas”, mas reconhece que “não existem políticas ou directivas específicas em relação às crianças soropositivas”. Estas questões encontram-se incluídas *globalmente nas Directivas para a Implementação de Programas Educacionais para o VIH e a SIDA com base em Competências para a Vida nas Escolas*, com diversas cláusulas relacionadas com inclusão, aconselhamento, acesso e confidencialidade para estudantes soropositivos ou afectados pelo VIH.

Os informantes chave e representantes de ONGs entrevistados na Namíbia ressaltaram que, embora existam estruturas encarregadas da gestão destas questões, a impressão geral é que o Ministério da Educação não leva suficientemente a sério o VIH e a SIDA. Atribuíram esta situação à “falta de liderança e de capacidade da HAMU”. Na Tanzânia, o MoEVT declarou dispor de uma estrutura dedicada que funciona em tempo integral e inclui pontos fulcrais em cada departamento e instituição relacionado com a Educação, bem como de um Comité Técnico sobre a SIDA, vinculado a um Comité Director sobre a SIDA formado por todos os directores do MoEVT e coordenado pelo Secretário Permanente. No entanto, como ressaltaram alguns entrevistados, este Comité só se reúne duas vezes por ano.

As repetidas críticas acerca da atitude de professores, directores e escolas nas amostras recolhidas na Namíbia parecem confirmar a sistemática incapacidade de

oferecer soluções para o problema do VIH e da SIDA. O estudo revelou um sentimento omnipresente de denegação a nível da escola, uma impressão de que a melhor forma de lidar com o VIH e a SIDA é ignorar pessoalmente a sua existência, limitar a divulgação de informações ao mínimo exigido pelos currículos, e restringir os debates à Semana da SIDA ou a Clubes da SIDA.

**Um informante chave da Namíbia declarou aos investigadores:** *“A política adoptada pelo Ministério é nunca fazer perguntas sobre a soropositividade. Uma consequência interessante desta atitude é que, formal e oficialmente, as crianças soropositivas não existem”.*

Em resumo, a resposta foi considerada “despessoalizada e desvinculada das necessidades dos indivíduos infectados e afectados pela doença”, contradizendo quaisquer expectativas de que a política do sector educacional para o VIH e a SIDA estejam a ser largamente implementadas. Foram também citados outros problemas que apontam para o fracasso da implementação da política definida pela Namíbia, entre os quais: incapacidade para consciencializar os alunos (inclusive as crianças soropositivas) acerca dos seus direitos; incapacidade de promover maior acesso e adesão a terapias anti-retrovirais; revelação não consensual da soropositividade de alunos por parte de professores; insuficiência de capacitação e de criação de capacidade para professores e conselheiros escolares; por fim, incapacidade de elaborar currículos apropriados, susceptíveis de fornecer o conhecimento e a compreensão necessários sobre o VIH e a SIDA.

Algumas pessoas entrevistadas na Tanzânia explicaram que os direitos e as necessidades dos estudantes soropositivos se encontram incorporados em planos mais amplos voltados para OVC, pois o MoEVT acredita que os tratar como um grupo à parte poderia intensificar o estigma e a discriminação. O MoEVT alega, também, propor um leque de intervenções e programas que, ao seu ver, cumprem o objectivo de garantir protecção e atender aos direitos e às necessidades dos estudantes soropositivos. No entanto, os parceiros, funcionários e clientes do sistema educacional manifestaram uma opinião diferente a este respeito, ressaltando diversas vezes que as políticas “não eram divulgadas, nem discutidas, nem aprovadas”. Apesar destas directivas, os estudantes e professores soropositivos são regularmente – e até sistematicamente – vítimas de estigma e discriminação. As alegações de que os professores e conselheiros recebem formação são

contestadas por estudantes e pelos próprios professores; muitos entrevistados afirmaram que os serviços de aconselhamento só estão realmente disponíveis em hospitais e programas desenvolvidos por ONGs.

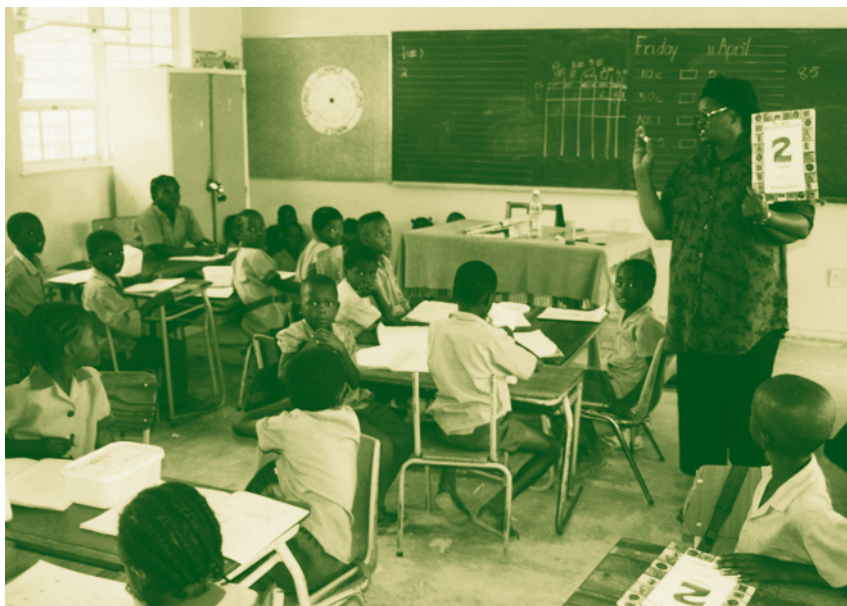
**O seguinte testemunho é um exemplo típico da resposta das redes PLHIV na Tanzânia:** *“Não há directivas. Ouvimos dizer que existe uma política nacional sobre a SIDA, mas ninguém a viu e ninguém sabe em que consiste”.*

Com base nesta experiência, parece haver uma discrepância significativa entre o que os Ministérios da Educação dos dois países alegam ter realizado para oferecer uma resposta ao VIH e à SIDA e os diversos comentários e experiências dos seus clientes e parceiros. Embora alguns informantes chave tenham apontado para aspectos específicos da instituição educacional, a dimensão com que é percebida a incapacidade destes ministérios de cumprir com as suas obrigações relativamente a estes aspectos sugere que o problema é vasto e complexo.

Efectivamente, não há dúvidas de que existem políticas e directivas e que estas abrangem a maioria das questões contempladas pelas melhores práticas. As estruturas estão visivelmente operacionais e são cada vez mais descentralizadas; a apresentação de relatórios de actividades é regular, embora pouco frequente; as reuniões do comité de supervisão e outras reuniões são efectivamente organizadas, embora a frequência e a profundidade com que os temas são discutidos deixe muito a desejar. No entanto, os funcionários ministeriais pareciam convencidos de ter conseguido dominar o problema e ter cumprido todas as suas obrigações e responsabilidades. Não se sabe, na verdade, se estas declarações eram baseadas em suposições, em relatórios ou na crença da primazia indefectível da sua política. O que se sabe ao certo é que a implementação, segundo a experiência das pessoas mais afectadas pelo seu sucesso ou o seu fracasso, não é concretamente visível.

Cabe perguntar por que razão isto acontece, se todas as pessoas envolvidas teriam tanto a ganhar com o sucesso das intervenções.

Resumidamente, embora o problema dos estudantes soropositivos seja de extrema urgência – e o impacto do VIH e da SIDA seja muito mais vasto – os responsáveis pela gestão da educação não consideram a resposta como uma das suas missões centrais. Os sistemas



**A formação de professores, as directivas em matéria de políticas e os esforços com vista a combater a estigmatização e a discriminação fazem parte de um contexto escolar de habilitação para todos os alunos.**

de Educação da África Subsaariana são normalmente organizados para fornecer simplesmente a educação de base e padecem, frequentemente, de sistemas de gestão problemáticos, de inadequação dos recursos humanos e materiais, de ausência de fiabilidade dos dados e de insuficiência de formação. Contudo, embora o VIH e a SIDA agravem esta situação, o impacto da doença, dissimulado pela inexistência de dados e investigações, não parece ser levado devidamente a sério, como um problema de gestão do sistema. Poucos ministérios dispõem de dados que levem em conta o VIH e a SIDA e alertem para o impacto da doença; mesmo que dispusessem destes dados, a sua resposta – como mostra o presente relatório – seria afirmar que fizeram tudo o que era da sua alçada. O facto é que, neste mundo de acirrada competitividade, o VIH e a SIDA já deixaram de ser manchetes de jornais e as respostas são principalmente financiadas graças à perseverança dos doadores, bem como à participação activa de ONGs e Unidades de Administração do VIH e da SIDA e a suas estruturas. Não é de surpreender que estas respostas nem sempre consigam abrir caminho e chegar até às escolas, principalmente das zonas rurais.

No entanto, é preciso dizer que, entre estes dois extremos, existem numerosas histórias de professores, directores e conselheiros dedicados, que efectivamente fazem todo o possível para tornar as escolas num lugar

melhor e mais seguro para todos – inclusive para os estudantes soropositivos. O mesmo pode ser dito das inúmeras ONGs, CBOs e FBOs que complementam a capacidade e os recursos dos Ministérios da Educação, proporcionando uma abordagem mais personalizada das necessidades e dos problemas das crianças soropositivas e vulneráveis. Em outras palavras, muitas pessoas e organizações envolvidas devem o seu sucesso não tanto a uma política específica quanto à sua própria energia e determinação para que o seu trabalho realmente faça diferença.

### A escola e o ambiente de ensino

Na Namíbia, muitas escolas fizeram um esforço evidente para reduzir as propinas, fornecer refeições para OVCs e promover a prevenção do VIH. Todavia, as consequências da infecção representam uma série de problemas que poucas escolas parecem estar preparadas ou dispostas a enfrentar. Segundo os entrevistados, existem várias razões para isto. Primeiramente, os professores não têm vontade ou não possuem a formação necessária para lidar com discussões abertas sobre estes temas; não se recomenda revelar a soropositividade para evitar o risco de estigma; a educação relativa ao VIH e à SIDA não é levada a sério; por fim, a política não é claramente compreendida ou implementada. Relatos de episódios em que professores divulgaram a soropositividade de alunos, a partir da revelação a título confidencial ou de consultas à clínica, representam uma afronta ao direito de todo estudante à confidencialidade e um desrespeito à política e aos direitos humanos no âmbito da escola.

**Um estudante do sexo masculino entrevistado em Dar es Salaam disse aos investigadores:** *“os professores sabem que estou doente e que sou soropositivo. Quando chego atrasado à escola, não dizem nada; os meus colegas de classe apanham ou são punidos para que deixem de chegar atrasados, mas eu sou poupado. Já nem perguntam a razão do meu atraso, embora, efectivamente, às vezes seja porque estou doente. Não entendo porque os professores não me repreendem quando chego atrasado. Parecem ter medo de mim porque sou soropositivo e nada fazem para me ajudar. Penso que deveriam perguntar o motivo do meu atraso”.*

Muitos estudantes e jovens soropositivos observaram que os conselheiros escolares estão sempre “por perto”, mas na prática, seja para que finalidade for,

são invisíveis ou inacessíveis. Muitos entrevistados declararam que os professores têm muito pouca formação e não dispõem de ferramentas para lidar com o problema na escola.

Na Tanzânia, o abismo que separa os pontos de vista do MoEVT e dos seus clientes é flagrante. Além das *Directivas para a Implementação de Programas Educacionais para o VIH e a SIDA com base em Competências para a Vida nas Escolas*, o MoEVT alega existirem vários programas em curso nas escolas e instituições de formação de professores, em colaboração com entidades parceiras. Estas intervenções incluem a introdução da educação para a SIDA no currículo do ensino primário, reforçada pela formação de professores e o uso de manuais, bem como por actividades extra-curriculares, tais como clubes de saúde e dois Dias do VIH e da SIDA por trimestre. De acordo com o MoEVT, dois conselheiros especializados devem prestar assistência a todas as escolas; as escolas primárias podem contar com educadores pares nas Classes 5 a 7; um serviço de aconselhamento escolar e comités relativos ao VIH e à SIDA estão à disposição para facilitar a aceitação de PLHIV pelos pais. As autoridades ministeriais afirmam que os currículos correspondem “ao que há de mais actual em matéria de prevenção e atenuação do impacto”, o que inclui “orientação e diagnóstico precoces de crianças soropositivas”.

Contudo, um grande número de entrevistados, quer vinculados ou não ao MoEVT, contestaram este ponto de vista, alegando a falta de capacitação dos professores e a não inclusão de disciplinas sobre saúde sexual e reprodutiva nos currículos. Nos casos em que a integração de competências para a vida era visível, os entrevistados salientaram que “a dose era pequena demais para surtir efeito”. No entanto, embora estudantes, ONGs, comissões e até professores criticassem, em maior ou menor grau, esta falha, é importante estabelecer uma relação entre esta insuficiência de desempenho e o empobrecimento do sistema e dos funcionários e a sobrecarga dos currículos. O que emerge deste contraste de pontos de vista é que os ministérios envolvidos têm boas intenções e até já identificaram medidas prioritárias; agora, é preciso passar ao reconhecimento da realidade concreta, para que seja dado início, urgentemente, a acções correctivas abrangentes.

É neste nível que a incapacidade de concretizar as promessas definidas na política emerge de maneira mais visível. Em ambos os países, o Ministério ressalta que os elevados níveis de formação dos professores,

a disponibilidade de conselheiros e o estabelecimento de estruturas, programas e sistemas de assistência foram reiteradamente contestados tanto pelos clientes como pelos parceiros do sistema. De um ponto de vista imparcial, no entanto, esta generalização não é justa para com os numerosos professores e conselheiros que dão o máximo de si, indo muito além dos seus deveres profissionais, mas confirma que estes heróis e heroínas são raros. Vários estudantes soropositivos relataram histórias extraordinárias de compaixão e assistência material por parte de professores e conselheiros, inclusive casos em que estes notáveis profissionais acolheram estes estudantes nas suas próprias casas.

**Uma menina soropositiva de nove anos declarou aos investigadores na Tanzânia:** *“Os professores sabem que sou soropositiva e todos os dias, quando chego à escola, compram-me um copo de leite de manhã. Se faltar à escola, os professores mandam a casa um amigo meu para perguntar se estou doente ou se tenho algum outro problema”.*

**Uma outra menina tanzaniana contou:** *“Os professores souberam, pela minha avó, que sou soropositiva. Se eu não for à escola, a professora pede que o meu amigo procure saber se estou doente e, se estiver livre, vem visitar-me, pois moro perto da escola”.*

Inversamente, foram relatados muitos casos de professores que não desejavam envolver-se ou que revelaram, sem autorização, a soropositividade de alunos. Mesmo considerando a provável parcialidade dos jovens, furiosos e desiludidos ao perceberem a incapacidade do sistema de suprir às suas necessidades, estes episódios confirmam não somente que as políticas e directivas não foram implementadas, mas que as regras mais básicas de respeito dos direitos são frequentemente ignoradas. O sentimento de impunidade de que estes professores dão provas reflecte também a incompetência dos sistemas de administração e supervisão das escolas do país. Alguns directores dão a impressão de serem inconscientes ou desinteressados, levando a crer que, em muitos contextos, pode não haver uma cultura positiva do ensino e da aprendizagem. De facto, o elemento mais perturbador talvez seja a falta implícita de empatia e benevolência. Presume-se que os professores de países com elevada prevalência de VIH sejam profundamente sensibilizados a este problema em virtude da sua experiência pessoal e que, intuitivamente, ofereçam apoio e compreensão aos alunos. Infelizmente, na maioria das vezes, esta suposição não corresponde à realidade.

**Um representante tanzaniano das redes PLHIV disse aos investigadores:** *“Os professores são incapazes de ajudar os alunos. Vemos muitos casos em que os estudantes são enviados de volta a casa porque estão doentes e os professores não podem ajudar. Mesmo se uma criança tiver uma dor de cabeça, os professores não podem dar nem mesmo um comprimido de Panadol”.*

A diversidade destas experiências confirma – como acontece no próprio processo de educação – que muitos factores dependem das pessoas envolvidas. Todavia, como este vasto leque de experiências continua a repetir-se, é necessário circunscrever a conduta e o comportamento de todas as pessoas envolvidas mediante um conjunto de normas, no âmbito de uma estrutura legal e estratégica que seja eficiente. Mais precisamente, esta estrutura deve ser obrigatoriamente respeitada, a fim de garantir que aberrações como as descritas no presente estudo não possam repetir-se sem que medidas punitivas rigorosas sejam aplicáveis. Digno de nota, por exemplo, é o facto de que nenhum dos entrevistados – incluindo os funcionários ministeriais – mencionou a monitorização e relatório e prestação de contas da implementação das políticas. Todavia, tudo leva a crer que a redução das propinas e a ampliação dos programas de alimentação para OVC e estudantes soropositivos estão a surtir efeitos positivos, sendo talvez o que tenha motivado muitos dos jovens entrevistados a afirmarem que “estão a dar bons resultados”.

### Informação e conteúdo curricular

A maioria dos estudantes soropositivos da Namíbia afirmaram que as suas principais fontes de informação sobre os problemas e a assistência relativos ao VIH eram médicos, enfermeiras, conselheiros e assistentes ligados ao Ministério da Saúde e dos Serviços Sociais (MoHSS), bem como os meios de comunicação. Os entrevistados foram unânimes em dizer que as escolas forneciam muito pouca informação e que os estudantes não estavam preparados para lidar com o VIH e a SIDA. Os entrevistados relataram que apenas os factos mais comuns acerca do VIH e da SIDA eram ensinados nas escolas, mas que determinados temas, tais como as formas de transmissão da infecção, não eram abordados, “promovendo, efectivamente, o alastramento do VIH”. Os programas relativos ao VIH, segundo os entrevistados, resultam de actividades voluntárias e extra-curriculares e são raramente levados a sério.



**O representante de uma ONG da Namíbia explicou aos investigadores que uma maior determinação por parte das autoridades políticas poderia fazer uma grande diferença: “Uma mensagem firme do Presidente e do Ministro da Educação daria um forte impulso no sentido de legitimar a integração das questões relacionadas com o VIH nos currículos escolares”.**

Vários entrevistados acrescentaram que o facto de limitar a integração do VIH e da SIDA ao ensino de competências para a vida não ajuda muito, visto que este tema é tratado “com grande desenvoltura” por não ser disciplina obrigatória nem estar sujeita a notas. Um informante chave disse ter a impressão de que há uma certa relutância em integrar plenamente o VIH e a SIDA nos currículos escolares, o que reduz o acesso potencial a uma compreensão global da pandemia.

A maioria dos entrevistados – em particular jovens adultos – estavam convencidos da urgência em integrar o VIH e a SIDA ao currículo de base, a fim de fornecer informações claras e precisas para todos os alunos. Deram a entender que as escolas necessitam de orientação para que possam fornecer uma educação abrangente em matéria de saúde sexual e reprodutiva, adaptada à idade e ao género dos alunos. Também argumentaram que o estabelecimento de parcerias com outros ministérios e ONGs poderia ajudar o Ministério da Educação na implementação de programas eficazes relacionados com o VIH.

Na Tanzânia, segundo declarações de fontes oficiais, a consciência sobre o VIH e a SIDA e sobre a sua transmissão é “quase universal, com a organização periódica de campanhas educativas”. Os entrevistados contestaram esta declaração, afirmando que as campanhas se focalizavam em “mensagens” e não numa verdadeira educação, resultando, inclusive em zonas urbanas, na impressão de que “o conhecimento não nos leva muito longe”. Considera-se que o VIH e as competências para a vida devem ser integrados ao currículo escolar de base: no ensino primário, em Ciências e Estudos Sociais; no ensino secundário, em Biologia e Educação Cívica (para obtenção do diploma) e em Estudos Gerais e Biologia (para preparação ao terceiro ciclo). Os entrevistados ressaltaram que, na prática, é extremamente difícil integrar estas disciplinas num currículo já bastante sobrecarregado. Praticamente todos os alunos lamentaram não receber educação sobre saúde sexual e reprodutiva e sobre competências para a vida. Os professores de escolas primárias das zonas rurais explicaram que a educação

relativa à saúde sexual e reprodutiva não fazia parte do programa de ensino, mas esperavam que esta carência viesse a ser suprida.

**Um professor primário na Tanzânia declarou aos investigadores: “A SIDA não está no programa. Talvez seja introduzida no programa que está a ser preparado, mas, por enquanto, a SIDA não é um tema discutido nas escolas”.**

Esta crítica é corroborada pela vasta consulta que está a ser realizada actualmente na Tanzânia junto das partes interessadas, com o objectivo de desenvolver uma estrutura nacional voltada para as competências para a vida. Uma das principais conclusões é que, embora se considere que as competências para a vida devam ser integradas a estas disciplinas, isto não está a ser feito - ou, pelo menos, não de maneira visível. Muitos dos adultos entrevistados concluíram que esta lacuna na educação coloca todos os estudantes em situação de risco de infecção pelo VIH. No caso específico dos estudantes soropositivos, nem mesmo as raras referências à saúde sexual e reprodutiva levam em conta as suas necessidades especiais, sobretudo com a chegada da puberdade.

A alegada incapacidade do sector educacional da Namíbia e da Tanzânia para dialogar com os estudantes e informá-los sobre a realidade é extremamente preocupante. Mas, por mais culpados que sejam os sistemas destes países, é preciso também reconhecer que o cansaço debilitante provocado pela SIDA prejudica a capacidade de desenvolver, divulgar e receber estas informações. Em África, pelo menos, várias gerações foram a tal ponto bombardeadas com cartazes, pôsteres e relatórios divulgados pelos meios de comunicação que as mensagens veiculadas se transformaram em “ruído de fundo”. Nestas circunstâncias, as críticas são numerosas, podendo, inclusive, ser justificadas no que tange às informações susceptíveis de influenciar o comportamento do público. O comentário de um jovem na Namíbia constitui uma boa ilustração: “As informações sobre o VIH e a SIDA são apresentadas de forma maçante, que não desperta o interesse dos jovens. É preciso que sejam mais direccionadas para os jovens e não apenas que venham dos mais velhos, de cima para baixo”.

É por estas razões que as opiniões destes jovens entrevistados devem ser cuidadosamente ouvidas, pois a mensagem é directa e categórica: é preciso tornar as questões de sexualidade humana, saúde reprodutiva,



**O atendimento das necessidades das crianças em matéria de testes e tratamentos, bem como a existência de serviços que lhes sejam acolhedores representam um importante desafio.**

VIH e SIDA – inclusive a prevenção, o tratamento e a gestão – em disciplinas sujeitas a exame no âmbito do currículo formal. A lição implícita que estes jovens transmitem é sábia e igualmente directa: façam isto não apenas por nós, mas também para ajudar aqueles que não foram infectados ou afectados pelo VIH a compreenderem o problema e a cessarem com atitudes destrutivas, resultantes de estigma e discriminação.

### Testes e tratamento

A maioria das crianças da amostragem na Tanzânia descobriram que eram soropositivas quando já estavam na escola. O teste de diagnóstico, em geral, tinha sido sugerido por um terceiro, por vezes um professor, alertado por frequentes episódios de doença. Depois do teste e da confirmação do diagnóstico de soropositividade, estas crianças tiveram acesso a TAR nos mesmos postos de saúde ou centros regionais de ONGs frequentados por adultos, não existindo instalações adaptadas à infância.

Foi frequentemente enfatizada a necessidade de estruturas de aconselhamento e diagnóstico confidenciais e adaptadas às crianças, sendo a falta de sigilo considerada como um dos principais problemas, tanto pelas crianças como pelos seus pais, por intensificar o estigma e a discriminação. Por exemplo, a maioria das crianças tiveram a sua soropositividade divulgada por terem sido vistas na clínica local de terapia ARV. Muitas delas passaram a ser evitadas pelos colegas na escola. A confidencialidade é

praticamente inexistente em pequenas comunidades rurais e as informações sobre quem frequenta a clínica de tratamento ARV alastra-se com grande rapidez.

Globalmente, parece haver satisfação com o acesso ao tratamento, embora a frequente interrupção no fornecimento de medicamentos, sobretudo nas zonas rurais, sugira que este serviço também está sujeito a pressões económicas. Evidenciou-se também a dificuldade maior de testagem e tratamento nas zonas rurais, em virtude das distâncias, do transporte e dos outros custos envolvidos.

### Apoio pluri-sectorial

Embora as crianças e os estudantes soropositivos da Namíbia enfrentem dificuldades em casa e na escola, recebem, efectivamente, um considerável apoio por parte de conselheiros em hospitais e clínicas, bem como de uma série de entidades não governamentais. Segundo os entrevistados, o apoio mais eficaz consiste em “personalizar a condição de soropositividade dentro de um contexto social, no qual a criança possa sentir-se confiante, considerada como uma pessoa com valor, que goza dos mesmos direitos que qualquer outra”.

O estudo revelou muitos exemplos do alcance destas intervenções, com voluntários a trabalhar altruisticamente junto de famílias que lutam para sobreviver; com projectos formulados para atenuar os efeitos devastadores da doença; e com profissionais de saúde a fazer muito mais que o previsto nos seus contratos, a fim de prestar assistência aos seus pacientes de forma inovadora. Neste sentido, o estudo identificou vários programas e ONGs que foram alvo de comentários diversos – mas, globalmente, positivos. Os estudantes e jovens adultos foram bastante incisivos nos seus comentários, ressaltando que os programas voluntários com base nas escolas tinham pouco valor. Muitos entrevistados apreciavam a “abordagem personalizada” dos programas desenvolvidos pelas ONGs, sendo que vários citaram os programas *AIDS and Me* e *Circles of Support* (IBIS) como exemplos de boas práticas.

Na Tanzânia, houve um intenso debate sobre o papel da sociedade civil e das suas estruturas organizadas no apoio a estudantes soropositivos e outros OVC. Observa-se a existência de um número crescente de organizações de pessoas que vivem com o VIH, sendo que a maioria oferece serviços de aconselhamento, auxílio material, solidariedade e educação. Na Tanzânia,

a rede nacional reúne, entre os seus membros, mais de 60 organizações que desempenham um papel preponderante na resposta ao VIH. Todavia, o problema recorrente da falta de recursos institucional restringe a acção destas organizações, tornando-as dependentes de subsídios financeiros concedidos pela TACAIDS (Comissão Tanzaniana sobre a SIDA), que coordena a resposta pluri-sectorial ao VIH e à SIDA, ou por organizações doadoras. Quando dispõem de recursos, fornecem vestuário, uniformes escolares e outros artigos a crianças soropositivas ou afectadas pela SIDA, bem como para crianças com outros tipos de vulnerabilidade. Portanto, são fundamentais para garantir que os estudantes soropositivos possam continuar a frequentar as escolas. Deste ponto de vista, efectivamente complementam o trabalho do MoEVT, embora os recursos e a capacidade de que dispõem sejam muito limitados.

Muitos dos estudantes e jovens entrevistados eram praticamente veteranos de programas pluri-sectoriais de assistência desenvolvidos por ONGs; contudo, apenas uma minoria pensava que o sector educacional pudesse ser um dos principais patrocinadores.

**Um médico de um hospital da Namíbia declarou aos investigadores:** *“conversamos com os nossos pacientes adolescentes sobre o que aprendem na escola e percebemos que muito pouca informação sobre o VIH e a SIDA chega a eles através do sistema de educação”.*

No âmbito das instâncias governamentais, o sector da Saúde – que abrange ONGs que trabalham em parceria com o Ministério – foi frequentemente apontado como um bom fornecedor de serviços, incluindo aconselhamento, TAR e prestação de assistência. De facto, o estudo revelou que os jovens obtêm mais informações do sector de Saúde que do sector de Educação, nem que sejam simplesmente em resposta às suas questões. Ao avaliarem os programas disponíveis, os estudantes soropositivos mostraram-se particularmente favoráveis à “abordagem personalizada” de alguns deles. Esta opinião subjacente revela a profunda necessidade

que têm estes jovens de programas que os tratem como “pessoas de valor, [que gozam] dos mesmos direitos que qualquer outra”.

Houve um grande número de comentários acerca da sustentabilidade das ONGs, em particular por parte de informantes chave, que as descreveram como estruturas frágeis e politicamente divididas, sob a constante pressão da instabilidade financeira. Ressaltaram que até algumas das maiores organizações estão a fragmentar-se devido a dissensões internas. É extremamente preocupante o facto de que os principais – e por vezes únicos – responsáveis pela organização de programas e de assistência a crianças soropositivas e vulneráveis pareçam a este ponto susceptíveis a falhas estruturais. Sem estas organizações, o sistema de assistência corre o risco de desmoronar, visto que, aparentemente, os ministérios não têm capacidade – ou talvez não tenham nem mesmo vontade – de expandir a gama dos serviços que oferecem. Parece ironia que o problema da pressão financeira e administrativa destas ONGs seja tão importante, considerando o volume de recursos que as agências doadoras declaram destinar a elas. Cabe questionar se estes recursos alcançam o seu destino, se são, talvez, aspirados por circuitos paralelos, ou se é precisamente o acesso a estes recursos, no âmbito das ONGs, que está a provocar dissensões e fracassos.

Seja como for, não se pode admitir a perda da contribuição das ONGs nesta equação, em particular nas zonas rurais, onde representam geralmente a única fonte de serviços de assistência. Por fim, confirmando veementemente a necessidade de parcerias pluri-sectoriais, os entrevistados manifestaram um real sentimento de frustração perante a aparente incapacidade ou falta de disposição do sector educacional para seguir o exemplo do sector da Saúde no seu bem-sucedido desenvolvimento de relações férteis e fiáveis.

**Capítulo 4:**

**Ensinaamentos  
e recomendações**

**“Percebo que há muitas outras crianças que são como eu e isto faz sentir-me melhor; compartilhando, tenho novas ideias sobre como lidar com o VIH”.**

Estudante soropositiva, 11 anos, sexo feminino, Namíbia

## Síntese das Conclusões

Um dos temas mais mencionados nos estudos desenvolvidos nos dois países foi o problema do estigma e da discriminação. Os entrevistados afirmaram que o estigma é o resultado da *“incapacidade de fornecer educação abrangente relativamente ao VIH e à SIDA e de combater os preconceitos e o medo das pessoas”*. Todas as crianças soropositivas entrevistadas na Namíbia e na Tanzânia mencionaram experiências negativas pessoais reiteradas devidas ao facto de terem revelado a sua situação. Todas afirmaram sentir-se mais seguras ao guardarem silêncio. As crianças não têm consciência dos seus direitos à privacidade, à confidencialidade e à protecção contra estigmas e discriminação. Tampouco sabem com quem dialogar sobre estes problemas, o que confirma o fracasso em traduzir as promessas políticas em acções. O facto de pais e professores continuarem a tentar impedir a revelação da soropositividade das crianças comprova que a receptividade para este tipo de informação ainda deixa a desejar. É difícil vislumbrar quais são, actualmente, os incentivos concretos para que as crianças declarem a sua soropositividade, perante tamanha pressão do ambiente.

O presente estudo sugere que há uma sobreposição entre soropositividade e orfandade nas populações de estudantes e das outras crianças. A ausência de pais ou de apoio familiar constitui um desafio para as crianças soropositivas. Os ministros de ambos os países incluíram os estudantes soropositivos na categoria mais larga de OVC. A inclusão das crianças soropositivas neste grupo mais vasto reduz as

chances de negligência, preconceito e exclusão, que constituem as principais consequências da denegação e do estigma relacionados com o VIH na Namíbia.

No entanto, os órfãos também são vítimas de estigmas. Na Tanzânia, 90% dos órfãos entrevistados nas zonas rurais declararam ser estigmatizados e maltratados e, em alguns casos, sofrer abuso sexual por parte dos seus próprios tutores. A classificação de estudantes soropositivos como OVCs não leva em conta a necessidade de receberem tratamento com a devida regularidade, bem como o apoio e a compreensão que a sua condição médica e psicológica exige.

A pobreza é citada como um elemento que limita a experiência dos alunos em praticamente todos os níveis e influencia fortemente as atitudes e as acções de muitos pais. Está estreitamente relacionada com o abandono do sistema escolar e com a fome, sendo que esta última constitui um real problema para crianças sob TAR. Um aspecto recorrente do estudo foi o elevado nível de privação e dificuldade de que sofrem as crianças soropositivas ou vulneráveis nas áreas rurais. Segundo os entrevistados, os serviços governamentais e as ONG, embora muito actuaes em relação ao problema da pobreza, têm uma presença relativamente pequena nas zonas rurais. Isso inclui o fornecimento de TAR, bem como de atendimento médico básico e de suplemento nutricional, incluindo os programas de alimentação.

O ambiente familiar surgiu, no estudo, como um factor de extrema complexidade. De facto, um dos piores casos de maus-tratos observados pelos investigadores envolvia os pais de uma criança na Tanzânia. A grande maioria das crianças entrevistadas tinha o sentimento de que os seus tutores (avós, irmãs, etc.) cuidavam bem delas, considerando as condições económicas em que viviam. Todavia, esta situação tornava-se visivelmente mais difícil em situações de pobreza, com a consequente competição pelos escassos recursos disponíveis no ambiente e o peso do estigma cultural que se estende para além do VIH e da SIDA. É preocupante perceber que pais adoptivos e tutores de órfãos soropositivos nem sempre demonstram a compreensão e a compaixão necessárias, e geralmente são incapazes de oferecer suficiente apoio emocional. Muitas crianças, efectivamente, encontravam-se sob a protecção de um tutor e não dos seus pais, o que confirma a sobreposição entre o facto de ser soropositivo e ser órfão.

Paralelamente ao silêncio omnipresente que cerca os estudantes soropositivos, observa-se a falta de comunicação sobre saúde sexual e reprodutiva. Muitos entrevistados afirmaram não ter recebido educação sexual, nem mesmo em nível rudimentar, por parte dos pais, de responsáveis, de professores ou de organizações assistenciais. O constrangimento ou a incapacidade dos adultos de lidar com estas questões, dentro e fora do âmbito familiar, reduz consideravelmente as chances de a criança evitar ou prevenir infecções sexualmente transmitidas, entre as quais o VIH. Não resta dúvidas de que qualquer resposta às necessidades de estudantes soropositivos deve englobar o ambiente familiar alargado e abrir caminho em meio à desconfiança, à ignorância e ao silêncio.

## Conclusões

À primeira vista, as questões levantadas pelos entrevistados na Namíbia e na Tanzânia deixam a forte impressão de que, em termos gerais, o sistema de educação não foi capaz de cumprir a sua promessa de apoio e inclusão de estudantes soropositivos e outras crianças vulneráveis. No final das contas, talvez seja justo afirmar que, embora os Ministérios da Educação tenham obtido resultados bem aquém dos objectivos fixados em termos de implementação de políticas, pelo menos do ponto de vista destes entrevistados, há também numerosos exemplos de devoção e dedicação por parte de professores, conselheiros, directores e administradores no âmbito destes sistemas. Não há dúvidas de que existem políticas e directivas, e que estas abrangem a maioria das questões contempladas pelas melhores práticas. As estruturas estão visivelmente operacionais e são cada vez mais descentralizadas; a apresentação de relatórios de actividades é regular, embora pouco frequente; as reuniões do comité de supervisão e outras reuniões são efectivamente organizadas, embora a frequência e a profundidade com que os temas são discutidos deixe muito a desejar. Talvez a questão mais ampla seja se os ministérios da Educação podem ou não, de maneira realista, pretender implementar, monitorizar e avaliar a vasta gama de obrigações e promessas das políticas definidas. Considerando a dificuldade que representa simplesmente oferecer educação de base em níveis aceitáveis, a expectativa de que a educação possa, adicionalmente, constituir uma “vacina social” contra o VIH e a SIDA talvez seja optimista demais.

Confirmando veementemente a necessidade de parcerias pluri-sectoriais, os entrevistados manifestaram um real sentimento de frustração perante a aparente incapacidade ou falta de disposição do sector educacional para seguir o exemplo do sector da Saúde no seu bem-sucedido desenvolvimento de relações férteis e fiáveis. Destacam-se repetidos comentários acerca da incapacidade dos Ministérios da Educação de desenvolver e formalizar parcerias no sector, sugerindo que os caminhos para algumas soluções aos problemas identificados pelos entrevistados podem estar abertos e acessíveis. Estas e outras opções são discutidas na próxima secção (Recomendações), mas antes de seguir adiante talvez seja útil reflectir, finalmente, sobre uma característica particularmente importante deste estudo: esta é, em muitos aspectos, uma das primeiras vezes em que o desenvolvimento mundial faz uma pausa para monitorizar as opiniões de crianças infectadas ou afectadas pelo VIH no sistema escolar, relativamente a medidas e programas voltados para o VIH e a SIDA.

O facto de os resultados merecerem reflexão não constitui tanto uma condenação do sistema educacional quanto um reconhecimento tardio de que a resposta não é tão simples quanto se podia imaginar nos tempos gloriosos do desenvolvimento de políticas. Existem em África numerosas políticas abrangentes, definidas com base nos direitos humanos; contudo, o presente estudo confirma que é mais fácil anunciá-las do que as colocar em prática. Este é, em suma, o desafio a enfrentar, se a Educação deseja, efectivamente, desempenhar o papel que lhe cabe na gestão e na atenuação do impacto do VIH e da SIDA.

## Síntese das recomendações

As recomendações abaixo integram as que são apresentadas nos estudos dos dois países, acrescentando, porém, novos pormenores e pontos prioritários. Acima de tudo, procuram oferecer respostas directas às áreas problemáticas ressaltadas nas experiências relatadas pelas pessoas entrevistadas na Namíbia e na Tanzânia. É bom ressaltar que, nestas análises, são apresentadas, abaixo de cada subtítulo, opções para acções a curto, médio e longo prazos. Em outras palavras, ao passo que muitas intervenções importantes devam ser providenciadas imediatamente,

outros aspectos destas recomendações exigem tempo, planeamento e recursos consideráveis para que possam ser implementados.

A este respeito, e considerando o reduzido sucesso obtido até hoje em matéria de implementação, cabe questionar a maneira como a implementação destas recomendações poderia ser mais eficaz. A resposta, colocada de maneira simples, é que as experiências apresentadas neste estudo devem promover uma nova forma de reflectir sobre o problema da implementação em geral e, futuramente, mobilizar parceiros independentes na supervisão do processo. Além disso, a revitalização da monitorização e relatório e prestação de contas da implementação de políticas deve ser uma tarefa obrigatória para as Unidades de Administração do VIH e da SIDA. A instauração de um procedimento de supervisão independente – que inclua representantes da rede PLHIV – pode contribuir para garantir este trabalho.

### **Política, estruturas reguladoras e directivas:**

À luz do aparente fracasso da implementação de políticas, pelo menos do ponto de vista das pessoas entrevistadas para o presente estudo, é indispensável que sejam efectivamente instauradas as políticas, as estruturas reguladoras e as directivas do sector relativas ao VIH e à SIDA. Todavia, para que seja possível alcançar este objectivo, recomenda-se:

- 1) A criação de uma comissão independente nacional em cada país, a fim de avaliar o alcance da implementação de políticas e directivas em todos os níveis do sistema e identificar em que aspectos existem falhas. Esta comissão deve promover uma análise pormenorizada da implementação relativamente ao teor e à forma das políticas e directivas dos países, e garantir que as necessidades dos estudantes soropositivos e de outras crianças afectadas pelo VIH recebam a devida atenção.
- 2) O mandato desta comissão deve incluir a competência para apresentar recomendações relativas à revisão destas políticas e directivas, consoante as necessidades, a fim de tornar a implementação num processo mais prático e descentralizado. Entre os membros da comissão devem constar ONGs e parceiros de

desenvolvimento, bem como representantes de redes PLHIV.

- 3) Uma vez concluído este trabalho, deve ser elaborado um planeamento descentralizado da implementação a nível dos distritos, com definição de prioridades e alocação precisa de responsabilidades, prazos e verbas. Estes planos devem ser desenvolvidos de maneira interactiva com os parceiros de desenvolvimento relevantes, inclusive ONGs, CBOs e FBOs, com a assinatura de acordos formais acerca das funções e responsabilidades de cada parte.
- 4) Deve ser desenvolvido um pequeno número de indicadores relevantes para a monitorização da implementação, com a definição consensual sobre a forma como serão periodicamente avaliados e divulgados.
- 5) Um subgrupo central da Comissão independente nacional acima referida poderá ser institucionalizado como Comité independente de supervisão, com a missão de analisar periodicamente esta monitorização e avaliação, podendo apresentar comentários quando necessário ou apropriado.
- 6) Com base nestas políticas, devem ser desenvolvidas directivas simples e em linguagem apropriada acerca dos direitos dos estudantes (e professores) infectados ou afectados pelo VIH. Devem ser exibidas num local acessível em todas as escolas e fornecer pormenores completos sobre onde obter aconselhamento, orientação sobre tratamentos e outros serviços de assistência.
- 7) As sanções e os procedimentos disciplinares relacionados com a violação de regulamentos e directivas definidos pelas políticas devem ser ratificados e divulgados junto de todos os funcionários do ministério da Educação, quer exerçam ou não cargo docente.

### **Administração do VIH e da SIDA:**

O papel, a função e a eficiência das Unidades de Administração do VIH e da SIDA junto dos ministérios da Educação foram largamente questionados pelos entrevistados, particularmente em virtude dos seus controversos relatórios de actividades e de respostas.

Haja vista que estas unidades constituem, por definição, os sectores do Ministério da Educação que mais directamente actuam em relação ao VIH e à SIDA, o aparente fracasso na monitorização e relatório e prestação de contas da implementação de políticas incumbe, de certa forma, a estas unidades. Por conseguinte, recomenda-se:

- 1) A comissão independente nacional encarregada da análise da implementação de políticas deve também avaliar as operações e o desempenho das Unidades de Administração do VIH e da SIDA (vinculadas ao ministério da Educação) e das suas estruturas. A comissão deve apresentar um relatório de supervisão, bem como recomendações sobre quaisquer reestruturações e remanejamentos que julgar necessárias, a fim de garantir que estas unidades desempenham efectivamente um papel preponderante na coordenação e na gestão da resposta.
- 2) Concluído este relatório, e em função do seu conteúdo, as Unidades de Administração do VIH e da SIDA para cada caso devem ser responsáveis pela coordenação e relatório e prestação de contas do processo de monitorização da implementação, com base em indicadores definidos conjuntamente. Além disso, à luz das recomendações complementares apresentadas abaixo, estas unidades devem ser responsáveis pela cobertura trimestral de todas as outras actividades relacionadas com o VIH e a SIDA no sector.

### Redução do estigma e da discriminação:

Num mundo ideal, o problema do estigma e da discriminação pode ser solucionado graças à promoção de uma cultura de tolerância e compreensão nas escolas, onde OVCs e estudantes soropositivos possam sentir-se confiantes e aceites como cidadãos de valor, sem sofrerem estigma ou discriminação. No entanto, como confirmado pelas pessoas entrevistadas para o presente estudo, o estigma tem raízes profundas e requer uma acção a longo prazo para ser reduzido a proporções que possam ser administradas. Por conseguinte, enquanto, por um lado, as declarações relativas às políticas e as campanhas de comunicação situam o problema no seu contexto, por outro lado o estigma deve ser alvo de renovada atenção e clarificação dos direitos dos estudantes. Isto pressupõe a adopção

inequívoca de acções disciplinares e sanções contra qualquer pessoa que incite ou intensifique o estigma e a discriminação no âmbito das instituições educacionais. Significa também a adopção de mecanismos práticos para reduzir a exposição dos estudantes soropositivos ou afectados pelo VIH ao estigma e à discriminação. Por conseguinte, recomenda-se:

- 1) Os estudantes soropositivos e outras crianças afectadas pelo VIH e a SIDA devem ser integrados, para fins práticos (acesso a programas de alimentação, isenção de propinas, bolsas de estudo e outros sistemas de auxílio), na categoria mais ampla de OVC, confirmando a abordagem actualmente adoptada pela Namíbia e a Tanzânia.
- 2) No âmbito deste grupo mais amplo, os estudantes soropositivos e as outras crianças afectadas pelo VIH e a SIDA gozam dos direitos que lhes são reconhecidos pelo sector educacional e a política nacional relativa ao VIH e à SIDA, inclusive livre acesso a aconselhamento, tratamento médico e outros serviços de apoio.
- 3) Os Ministérios da Educação devem empenhar-se para promover uma cultura de tolerância e compreensão nas escolas e analisar as melhores práticas adoptadas por outros países a este respeito. Além da promoção dos direitos humanos e da responsabilidade, devem-se analisar todas as questões relativas à sexualidade humana e aos estereótipos que costumam ser sistematicamente ignorados, por meio de um ensino esclarecido e do uso de materiais relevantes e acessíveis nas escolas. Isto requer também o compromisso dos professores no sentido de trabalhar em sintonia com a estrutura da política definida e garantir a justiça social na sala de aula.

### Aconselhamento, testagem e tratamento:

A experiência mostra que os professores em geral não são capazes ou não desejam prestar apoio e orientação na sala de aula. Pode haver boas razões para tal comportamento, entre as quais constrangimento, incompatibilidade de horários e sobrecarga de trabalho, mas todas reforçam a necessidade de aconselhamento adequado a nível da escola, inclusive algum tipo de orientação para os professores. Por conseguinte, recomenda-se:



- 1) Todos os professores, na sua formação a montante e a jusante, devem seguir um módulo de orientação abrangente sobre o VIH e a SIDA, devendo ser dada especial atenção às políticas e aos direitos das crianças, inclusive soropositivas ou afectadas pelo VIH e a SIDA. Este módulo deve incluir também orientação acerca do atendimento e da assistência, bem como ensinamentos sobre o tratamento. Os professores devem também ser sensibilizados para detectar os sinais iniciais de problemas com os alunos, entre os quais os sintomas do VIH, a fim de orientar ou encaminhar adequadamente a criança. Estes módulos devem estar relacionados e preparar os professores para que possam apresentar, no conteúdo curricular, novos materiais sujeitos a exame, como indicado adiante.
- 2) A formação de conselheiros deve ser acelerada sempre que necessário, a fim de garantir a existência de pelo menos um conselheiro – mas de preferência dois – em cada escola, inclusive as que se encontram em zonas rurais. Em virtude do grande número de pequenas escolas com efectivos reduzidos, a presença de um conselheiro pode ser reforçada por professores voluntários com capacitação complementar e formados para esta função, graças a um rigoroso processo de selecção.
- 3) Devem-se estabelecer directivas claras e acessíveis que possam ser consultadas como referência, a fim de garantir que todos os professores e conselheiros estejam perfeitamente informados sobre as suas opções. Além disso, o Ministério da Educação deve constituir e divulgar uma base de dados com todas as organizações que ofereçam serviços e assistência aos programas, fornecendo inclusive informações sobre quem contactar e as suas coordenadas geográficas.
- 4) Os estudantes (e professores) soropositivos do nível secundário devem ter a oportunidade de receber formação para actuarem como educadores pares e, quando necessário, prestar apoio a conselheiros escolares. Devem ser desenvolvidos e disponibilizados materiais e módulos para esta finalidade.
- 5) Devem ser criadas estruturas que ofereçam aconselhamento e testes de diagnóstico (VCT) voluntários, bem como terapias anti-retrovirais.

Acessíveis a toda a população e situadas a uma distância conveniente de cada escola, devem ser acolhedoras para as crianças e oferecer garantia absoluta de confidencialidade e privacidade.

- 6) Uma vez que estas estruturas para VCT e TAR estejam universalmente disponíveis, as políticas e a legislação devem ser analisadas para que autorizem e incitem todos os jovens com idade superior a 12 anos a submeterem-se ao teste de diagnóstico voluntariamente.

### **Currículo e informações:**

O presente estudo confirma que a causa subjacente para tanto trauma, estigma e marginalização é a falta de informações completas e “terra-a-terra”. Em segundo lugar, praticamente todos os entrevistados observaram que, enquanto este tema não integrar o currículo escolar principal, continuará a ser considerado “com grande desenvoltura”. Por conseguinte, recomenda-se:

- 1) Devem ser imediatamente incorporados ao currículo, como disciplinas sujeitas a exame, materiais de estudo sobre saúde sexual e reprodutiva, VIH, SIDA e competências para a vida; adaptados ao género e à idade dos alunos, devem proporcionar conhecimentos e compreensão mais amplos sobre estas questões. Esta revisão do currículo deve também levar em conta as necessidades relativas à saúde sexual e reprodutiva de estudantes soropositivos e de outros jovens afectados pelo VIH e integrar as melhores práticas internacionais, mas com a devida consideração pelos costumes e as práticas locais.
- 2) Deve ser criada uma comissão de orientação curricular para acompanhar este processo, com a participação de ONGs parceiras e representantes das redes PLHIV. Devem também ser desenvolvidos mecanismos para avaliar periodicamente a reacção dos estudantes, quer sejam soropositivos ou não.

### **Nutrição:**

O papel fundamental de uma alimentação adequada para reforçar a terapia anti-retroviral representa um elemento obrigatório de toda resposta abrangente.

Além disso, a extensão da vulnerabilidade devida a um conjunto de causas associadas sugere que a necessidade de assistência nutricional é vasta e deve, por exemplo, abranger vários distritos. Por conseguinte, recomenda-se:

- 1) Devem ser desenvolvidos programas de alimentação sustentáveis para todas as escolas situadas em distritos vulneráveis, a fim de garantir a todos os alunos uma refeição nutritiva por dia. Estes programas devem estar abertos às crianças não escolarizadas do distrito e ser usados para motivar a sua (re)inscrição na escola. No mínimo, se as condições económicas não permitirem a distribuição de refeições em larga escala, devem-se garantir uma refeição por dia às crianças identificadas na categoria OVC, incluindo-se os estudantes soropositivos.
- 2) Devem ser desenvolvidos sistemas complementares para cobrir os períodos de férias escolares e públicas, durante os quais os estudantes em geral não comparecem à escola. Estes sistemas complementares devem também se encarregar da qualidade da alimentação servida em internatos e outras instituições de alojamento; a responsabilidade por esta monitorização da qualidade deve ser claramente alocada e validada.

### Parcerias pluri-sectoriais:

O presente estudo torna perfeitamente claro o facto de que o sistema educacional não tem capacidade para gerir sozinho os complexos problemas relacionados com o VIH e a SIDA. Revela também que as vastas redes de ONGs, CBOs e FBOs, inclusive organizações de PLHIV, não foram convidadas ou formalmente contratadas para fornecer serviços de assistência e capacidade complementar, quando necessário. Por esta razão, é indispensável mudar esta cultura de reduzida participação no âmbito dos Ministérios da Educação e garantir uma abordagem consolidada para a resposta. Portanto, é preciso incentivar os Ministérios da Educação a estabelecerem parcerias com outros ministérios da área social, como os da Saúde e do Bem-estar, bem como com as redes da sociedade civil. Isto também significa que os Ministérios da Educação devem contribuir para o financiamento de programas externos de fornecimento de serviços, alocando as suas próprias verbas e incentivando as agências doadoras a patrocinarem estes programas. Por conseguinte, recomenda-se:

- 1) Os Ministérios da Educação devem desenvolver bancos de dados pormenorizados dos fornecedores de serviços e dos seus programas de assistência



**Os programas que proporcionam apoio em matéria de nutrição e cuidados básicos são importantes para o bem-estar das crianças afectadas pela SIDA.**

relacionados com VIH e SIDA, orfandade, vulnerabilidade, nutrição, aconselhamento e sectores de actividades afins. Este banco de dados deve ter como objectivo favorecer a negociação de parcerias e ser divulgado de maneira ampla e abrangente para as instâncias locais, indicando às escolas os serviços aos quais possa encaminhar os alunos.

- 2) Com base nestas informações acerca de organizações e programas, os Ministérios da Educação devem estabelecer uma série de parcerias formais com outros Ministérios da área social e com organizações da sociedade civil, a fim de complementar as suas capacidades e examinar as necessidades em matéria de implementação de políticas. No âmbito destas parcerias, deve haver uma clara distribuição de funções e responsabilidades, a fim de evitar confusões e dupla execução de tarefas.
- 3) Os Ministérios da Educação devem reconhecer as redes PLHIV nacionais e garantir a sua contribuição como parceiros dos programas e consultores locais.
- 4) As agências de desenvolvimento e de doadores devem desempenhar um papel facilitador decisivo, garantindo que estas parcerias de apoio sejam desenvolvidas e formalizadas.
- 5) Quando estas experiências forem bem-sucedidas, os Ministérios da Educação devem ajudar estes parceiros locais a desenvolverem os programas mais viáveis, tanto dentro como fora das salas de aula, e contribuir com o financiamento ou a atribuição de recursos para este desenvolvimento.

local ou até a nível do núcleo familiar. Por conseguinte, recomenda-se:

- 1) Com base nas políticas e em outras directivas, os directores e administradores das escolas devem ser sensibilizados em relação à necessidade de alargar a concessão de dispensa de propinas, bolsas de estudo e outros auxílios a estudantes soropositivos, órfãos e outras crianças vulneráveis. Nos lugares em que os governos garantem educação primária gratuita e universal, estes subsídios devem cobrir as invariáveis taxas cobradas pelas próprias escolas.
- 2) Os directores e conselheiros das escolas devem empenhar-se para ajudar os alunos e as suas famílias ou tutores a obterem acesso a todos os programas de bem-estar infantil e outros auxílios, seja de que fonte for. No caso de o acesso a estes recursos ser dificultado por falta de documentação, como registo de nascimento ou bilhete de identidade, os directores e conselheiros escolares devem ser encorajados a ajudarem na obtenção destes documentos.
- 3) Os Ministérios da Educação devem promover mais acordos e parcerias com organizações da sociedade civil para oferecer mais assistência, em particular o fornecimento de uniformes, calçados e materiais escolares, entre outros. Em resumo, o bem-estar das crianças infectadas ou afectadas pelo VIH deve constituir um foco de atenção a nível das escolas, sem que sejam negligenciadas as funções de rotina de ensino e aprendizagem.

## Pobreza:

Embora seja uma evidência que as condições de pobreza a nível nacional e regional não possam ser tratadas no âmbito do presente estudo, os seus efeitos debilitantes e o impacto acumulado na vida dos estudantes soropositivos e de todas as crianças vulneráveis fazem com que seja prioritário propor uma resposta que possa atenuar essas consequências. Considerando que deve enquadrar-se no âmbito das capacidades do sector educacional, a resposta em questão deve necessariamente limitar-se a uma acção

# Notas

- 1 OMS/ONUSIDA. *2008 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva, ONUSIDA.
- 2 *Ibid.*
- 3 ONUSIDA. 2007. *AIDS Epidemic Update*. Geneva, ONUSIDA.
- 4 Banco Mundial 2006.
- 5 OMS/ONUSIDA. *2008 Report on the Global AIDS Epidemic*. Geneva, ONUSIDA.
- 6 *Ibid.*
- 7 As ilhas de Zanzibar não foram incluídas no estudo.
- 8 6,2% em 2007, de acordo com o Relatório sobre a Epidemia Mundial de SIDA 2008.
- 9 Consulte o texto na íntegra da Convenção sobre os Direitos da Criança no site <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>
- 10 Além disso, estas questões foram desenvolvidas para reflectir temas discutidos na Sondagem sobre a Preparação Global do Sector Educacional Relativa ao VIH e à SIDA, da IATT (Equipa Tarefa Inter-Agências) da ONUSIDA, que desenvolveu investigações sobre questões afins em 71 países em 2004. Isto foi feito para facilitar a comparação entre declarações divulgadas pelo próprio Ministério da Educação em 2004 e as opiniões de clientes, administradores e parceiros do sistema de educação em 2008. Embora não se possa inferir uma análise comparativa directa, a elevada coincidência de opiniões expressas neste estudo realizado em 2008 confirma o valor desta referência de base.
- 11 The International Community of Women living with HIV/AIDS (ICW) (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com a SIDA). 2004. *Guidelines on Ethical Participatory Research with HIV Positive Women*. Washington, ICW.
- 12 Consulte o site da International Community of Women living with HIV/AIDS (ICW) (Comunidade Internacional de Mulheres Vivendo com a SIDA): [www.icw.org](http://www.icw.org).
- 13 Os relatórios completos das investigações desenvolvidas na Namíbia e na Tanzânia podem ser consultados no site da UNESCO: <http://unesco.org/aids/en>
- 14 O estudo documental da UNESCO 2008. (*Supporting the Educational Needs of HIV-Positive Learners*) pode ser consultado na íntegra no site <http://unesco.org/aids/en>
- 15 Consulte no seguinte site a versão integral da Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas: <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>

Fotos:

Página 9 © 2008 Jane Argal/MIETA

Página 18 © 2006 Sean Hawkey, Cortesia da Photoshare

Página 20 © 2003 Lydiá Martin, Cortesia da Photoshare

Página 26 © 2003 Harvey Nelson, Cortesia da Photoshare

Página 29 © 2004 WHO Photographer

Página 37 © 2004 Paul Wood, Cortesia da Photoshare

As fotografias neste material são usadas unicamente para fins de ilustração. Não pressupõem nenhum estado de saúde, atitude, comportamento ou actuação por parte de quaisquer pessoas que nelas apareçam.

O autor responsabiliza-se pela escolha e apresentação dos factos contidos no presente trabalho, bem como pelas opiniões que nele são manifestadas, as quais não são necessariamente compartilhadas pela Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e não vinculam a Organização.

As designações empregadas e a apresentação de material em toda a publicação não pressupõem a expressão de opiniões de qualquer natureza por parte da UNESCO com respeito ao estatuto legal de quaisquer países, cidades ou áreas, ou das respectivas autoridades, nem relativamente às suas fronteiras ou limites.

Publicado pELA UNESCO

7, place de Fontenoy

75352 Paris 07 SP

France

Website: <http://www.unesco.org/aids>

E-mail: [aids@unesco.org](mailto:aids@unesco.org)

Todos os direitos reservados. Este documento pode ser livremente comentado, resumido, reproduzido ou traduzido, parcial ou totalmente, mas não pode ser vendido ou usado para fins comerciais.

© UNESCO 2009

*Printed in France*

(ED-2008/WS/13 - CLD 3269.8)

Este relatório é uma análise encomendada sobre as melhores práticas, bem como um estudo exploratório em dois países - Namíbia e Tanzânia -, com a finalidade compreender como o sector educacional deve prestar assistência aos alunos soropositivos nas escolas. O aumento do número de crianças e de jovens soropositivos representa novos desafios ao sector educacional. Este relatório identifica os desafios específicos enfrentados pelo sistema educacional no atendimento às necessidades dos alunos soropositivos e apresenta um conjunto de recomendações e de directivas sobre a melhor maneira de lhes prestar assistência.

Para maiores informações sobre o trabalho da UNESCO relativo ao VIH e à SIDA, queira consultar o site: <http://www.unesco.org/aids> ou envie uma mensagem email para: [aids@unesco.org](mailto:aids@unesco.org)