

Campanha contra a SIDA no Senegal

por Nicole Grieve

Introdução

O Senegal tem, provavelmente, a campanha de prevenção da SIDA mais completa e bem sucedida em toda a África sub-Sahariana. No entanto, dados recentes sugerem que os benefícios deste programa não se fazem sentir em todos os sectores da população, uma vez que alguns grupos ainda têm altas taxas de infecção. Para além disso, o desenvolvimento de medicamentos anti-retrovíricos mais económicos, significa que o Senegal pode começar a abordar o tratamento, além da prevenção. Embora pareça que o programa actual esteja a ser altamente eficaz, ainda há alterações que podem ser feitas, para reduzir ainda mais a propagação do VIH.

O Senegal antes da SIDA

Como muitos outros países sub-Saharianos, o Senegal estava a enfrentar problemas económicos, há muitos anos. Na década de 80, o rendimento *per capita* era menor que \$600US por ano e, devido às altas taxas de analfabetismo (57% nos homens e 77% entre as mulheres), a perspectiva de emprego era muito limitada para a maioria da população. Apesar destes reveses, o Senegal conseguiu manter um sistema de cuidados de saúde, relativamente forte. Embora 40% dos custos com cuidados de saúde ainda seja suportado pelas famílias, o governo promoveu eficazmente assuntos importantes como a prevenção para a saúde e a saúde materno-infantil, gastando cerca de \$1US *per capita*. Outros problemas de saúde, como a vacinação e a prevenção da malária, também foram abordados com sucesso, por outros grupos da sociedade.

No entanto, nos anos 80, uma reviravolta económica, e a desvalorização da moeda Senegalesa, levaram ao colapso de muitas das infra-estruturas de saúde geridas pelo governo. Para combater este problema, as ONGs participaram activamente no fornecimento público de ajuda, a várias campanhas de saúde (Pisani, 1999).

Outro factor que influencia a saúde no Senegal é a religião, que tem um papel muito importante na sociedade. Noventa e três por cento da população é Muçulmana, e cinco por cento é Cristã, e a grande maioria participa activamente nas respectivas religiões. A religião contribui para a saúde, e particularmente para a saúde sexual, de várias maneiras. Primeiro, tanto o Islão como o Cristianismo promovem valores de família e de sexualidade que reduzem a transmissão, tais como a proibição de relações sexuais extra-conjugais. Em segundo lugar, a circuncisão é universal, e os estudos indicam que os homens circuncidados têm menor possibilidade de contrair ou transmitir DSTs, incluindo o VIH. Em terceiro lugar, o consumo de álcool é pouco frequente, um factor que pode influenciar a prática de sexo seguro. Em quarto lugar, a actividade social está organizada em torno de associações religiosas, que têm um papel activo no desenvolvimento da saúde e da educação (Pisani, 1999).

Vários outros factores da cultura e da sociedade Senegalesas, que eram frequentes antes do surto do VIH/SIDA, influenciam a taxa de transmissão. Primeiro, a poligamia ainda é comum, e cerca de metade das mulheres casadas partilham os maridos com outras esposas. Em segundo lugar, nos últimos anos, o sexo antes do casamento tem

aumentado, embora mais para os homens do que para as mulheres. Por último, desde a legalização da prostituição em 1969, as prostitutas são obrigadas a registar-se, e a ir a consultas médicas regulares, onde recebem tratamento para as DSTs curáveis (Pisani, 1999).

Resposta à SIDA

Depois da identificação do primeiro caso, em 1986, o governo iniciou rapidamente um programa de combate ao VIH/SIDA. Desde então, já investiu quase 20 milhões de USD em programas de prevenção da SIDA. O apoio político tem sido constante, e os resultados estão a melhorar; em 1996, houve uma reunião parlamentar sobre SIDA com a ONG “*People Living with HIV/AIDS*” (PLWAH), líderes religiosos e outros peritos (Pisani, 1999). Embora este programa tenha evoluído ao longo dos anos, é constituído por três ramos principais: prevenção, tratamento e investigação. Em termos de investigação, em poucos anos, os cientistas Senegaleses estavam a colaborar com colegas de outros países para estabelecer projectos de investigação, cujos resultados foram usados para obter apoio político, para os programas de prevenção e tratamento (Pisani, 1999). Em meados dos anos 90, aconteceu outro grande avanço na investigação, quando o Dr. Souleymane Mboup descobriu uma estirpe de VIH presente no Senegal, que era diferente das que havia na Europa, o que ajudou a impulsionar as campanhas de saúde (Tamba-Jean, 2004).

A mais recente, e menos divulgada, destas campanhas são os programas de tratamento. Em 1998, o governo introduziu o HAART (*Highly Active AntiRetroviral Therapy* – Tratamento Anti-Retrovírico Altamente Eficaz), e tornou-se no primeiro governo Africano a patrocinar um programa HAART. No início, o programa era limitado, e serviu como teste para determinar se um programa em grande escala seria eficaz. Durante a fase de teste, os resultados demonstraram que a adesão dos doentes ao programa era boa, e equivalente à adesão nos países ocidentais. Além disso, foi muito raro o aparecimento de vírus resistente. No entanto, apesar da boa resposta inicial, a taxa de mortalidade foi alta (12%), num estudo de *follow-up* (Laurent et. al, 2002). No geral, dois grupos independentes determinaram que o programa HAART é realizável, produz resultados clínicos e biológicos, e pode ser implementado com sucesso em África (Laurent, et. al, 2002 and Desclaux et. al, 2003). Como consequência dos resultados do estudo, foi implementado um programa nacional de tratamento em 2006, para tratar 7.000 doentes (Desclaux et. al, 2003).

O extenso programa de prevenção do Senegal, levado a cabo pelo Comité Nacional de Prevenção da SIDA (*National AIDS Prevention Committee* - NAPC), inclui: rastreio de sangue para transfusão, melhorar a informação através da educação, rastreio alargado e tratamento para DSTs, promoção da utilização e fornecimento de preservativos baratos, e intervenções especiais para grupos de alto risco como as prostitutas (Meda et. al, 1999). Uma das maiores forças do Comité Nacional de Prevenção da SIDA é que utiliza todos os níveis da sociedade, incluindo grupos feministas, grupos religiosos, o governo, o sector privado, e a comunicação social. De acordo com o UNAIDS, este esforço imenso que foi feito no início, ainda hoje está a dar frutos, na redução das infecções por VIH (Tamba-Jean, 2004).

Talvez o esforço mais complicado tenha sido o programa de educação em massa pelo Comité Nacional de Prevenção da SIDA. Desde o início da campanha de educação, o governo reparou que uma das maneiras mais eficazes de difundir a informação sobre a prevenção era através dos grupos e líderes religiosos. Em muitos países, especialmente aqueles em que a influência religiosa é mais forte, os grupos religiosos impedem, com frequência, as actividades de prevenção fornecendo informação contraditória. No entanto, os líderes religiosos quiseram estar envolvidos logo desde o início da campanha, e desempenharam um papel chave na educação da população. Para assegurar que, tanto os líderes Cristãos, como os líderes Muçulmanos contribuiriam de forma apropriada, o governo elaborou um estudo para determinar exactamente o que eles sabiam acerca da prevenção contra o VIH. Os resultados indicaram que os líderes religiosos se sentiam pouco informados e queriam mais informação, para poder orientar correctamente os seus seguidores (Pisani, 1999).

Como resultado do estudo, foi-lhes distribuído material educativo. Para além das regras gerais de prevenção, a documentação continha informação sobre o lado humano da epidemia, uma mensagem que, na altura, estava escondida, porque a prevalência era baixa. Organizaram-se sessões de treino para os Imãs, e foram-lhes dadas brochuras para os ajudar a espalhar a informação pelos seus fiéis; a SIDA também se tornou um tema comum nos seus sermões. O apoio dos religiosos continuou e, em 1995, juntaram-se numa conferência duzentos e sessenta líderes Islâmicos, e estabeleceram o seu claro apoio aos esforços de prevenção. Além disso, defenderam os direitos das pessoas que viviam com SIDA, incluindo a utilização de preservativos dentro do casamento (Pisani, 1999).

No início, ao contrário dos líderes Muçulmanos, os líderes Cristãos e Católicos ofereceram muita resistência a informar os seus seguidores sobre a prevenção. Este foi um problema significativo porque os grupos Cristãos eram, tradicionalmente, prestadores de cuidados de saúde muito importantes no Senegal. Eventualmente, tornaram-se mais abertos à ideia da prevenção, e também começaram a fornecer aconselhamento e apoio psico-social. À semelhança dos seus homólogos Islâmicos, em 1996, os bispos e outros líderes organizaram uma conferência, em que estabeleceram o seu apoio à campanha de educação do governo (Pisani, 1999).

Outros pontos do programa de educação do Comité Nacional de Prevenção da SIDA incluem dirigir-se às crianças e grupos de alto risco. Em relação às crianças, o governo está a fazer um esforço para introduzir a educação sexual nas escolas, antes de começarem a sua actividade sexual. Além disso, está a ser feito um esforço especial para ensinar as crianças fora da escola, e para encorajar os pais a ensinar os seus filhos. Os grupos de alto risco a que o governo presta mais atenção são as prostitutas. As campanhas de educação promovem o uso de preservativo e foram criados grupos de apoio para promover o sexo seguro. Para promover a actividade sexual segura entre desconhecidos, os esforços de prevenção estão a começar a ser dirigidos a outras áreas de sexo casual, tais como mercados, que estão fora da rede de prostituição. (Pisani, 1999).

O governo Senegalês também se tem empenhado em ajudar as comunidades a lidar com os aspectos relacionados com a SIDA, como a prevenção e o apoio social. Economicamente, por exemplo, o governo também criou programas para ajudar os cidadãos a pagar algumas despesas dos tratamentos, e ajudar as famílias a tratar dos seus doentes. O governo fez isso concedendo um financiamento inicial às comunidades para

estas lançarem projectos económicos, tais como agricultura em pequena escala e artesanato para fornecer às famílias rendimentos consistentes. Socialmente, o governo treinou alguns líderes comunitários em estratégias de aconselhamento e prevenção (Tamba-Jean, 2004). O CEDPA criou um componente do projecto ENABLE dedicado à juventude e ao VIH/SIDA, para aumentar a capacidade da juventude e dos jovens que trabalham nas ONGs a responder aos problemas das comunidades locais, relacionados com a SIDA. Juntaram-se os líderes da juventude para recomendações sobre as melhores práticas e estratégias para promover o sexo seguro. As recomendações incluíram integrar a saúde da reprodução em todos os programas de jovens, abordar a estigmatização das pessoas que vivem com o VIH/SIDA, e fortalecer a comunicação pais/filhos (CEDPA, 2003).

Resultados

Apesar do facto de as taxas de infecção pelo VIH/SIDA serem, no geral, mais baixas no Senegal do que em outros países sub-Saharianos, debate-se quanta desta diferença pode ser atribuída à resposta rápida do governo Senegalês, porque não é claro o que teria acontecido sem a intervenção. Há outros factores da sociedade Senegalesa, como os valores sociais e religiosos, e a participação activa da comunidade nos cuidados de saúde, que também ajudaram a manter baixas as taxas de infecção por VIH/SIDA (Pisani, 1999). A questão que agora é colocada por vários peritos é como determinar, exactamente, qual foi o efeito das medidas do governo, e se as taxas seriam baixas sem a intervenção do governo. Embora seja pouco provável que a luta do Senegal contra o VIH/SIDA tivesse sido bem sucedida sem uma resposta governamental forte, é importante lembrar, quando analisamos os resultados, que os programas do governo não foram o único factor a ajudar a prevenir a propagação do VIH.

As estatísticas sobre as taxas de infecção mostram claramente o sucesso do Senegal na luta contra o VIH/SIDA. No final de 2001, de acordo com a UNAIDS, a taxa de infecção era só de 0,5%; o número de pessoas infectadas era só 40.900, e só 2.900 destes casos eram crianças com menos de 15 anos. Estes dados fazem do Senegal o país com menor taxa de infecção na África sub-Sahariana, quando comparado com taxas de 40% em países como o Bostwana e a Swazilândia. No intervalo 1990-2002, só uma em cada cem grávidas estavam infectadas no Senegal, comparado com uma em cada cinco em muitos outros países da África Ocidental (Tamba-Jean, 2004). Embora algumas pessoas questionem a exactidão destes números, porque a informação das áreas rurais é difícil de obter, é óbvio que o Senegal atingiu alguma coisa que os seus vizinhos não conseguiram. Só outro país Africano, o Uganda, se aproxima destes números. (Pisani, 1999).

Em geral, as campanhas de educação têm sido muito eficazes; o nível geral de conhecimento sobre a prevenção entre a população ultrapassava os 90% no início dos anos 90, e há questionários recentes que demonstram que a maior parte das pessoas sabe como prevenir a propagação do VIH (Meda et al, 1999). Além disso, as pessoas compreendem a importância do sexo seguro; por exemplo, 70% das prostitutas sabem que pode haver infecção assintomática (Pisani, 1999). Um estudo na comunidade rural de Niakhal demonstrou que 75% das pessoas sabiam do VIH/SIDA (Wade, Enel, & Lagarde, 2006).

A educação também aumentou a implementação de métodos preventivos. A actividade sexual está a começar mais tarde, e o sexo extra-conjugal e com múltiplos parceiros está a diminuir. Mesmo no sexo fora do casamento, aumentou muito o uso do preservativo. Embora o sexo antes do casamento esteja a aumentar, acontece em idades mais tardias, em parte porque a idade do casamento também está a aumentar. Como resultado, há menos adolescentes sexualmente activos no Senegal do que em qualquer outra parte de África. O sexo de uma noite também é cada vez mais raro (Pisani, 1999).

Outra área em que a educação melhorou o sexo seguro foi no uso do preservativo. Antes da SIDA ter chegado ao Senegal, menos de 1% das pessoas usavam preservativo, mas agora este número é muito mais alto nas relações sexuais casuais e entre as prostitutas (embora se mantenha baixo dentro do casamento). As vendas dispararam de 800.000 em 1988, para 7 milhões em 1997. Uma das razões para isto é que o governo tornou mais fácil a obtenção de preservativos, um facto confirmado pela resposta das prostitutas. O único país com uma taxa de utilização de preservativo assim tão alta é o Uganda, que também tem uma campanha de prevenção activa. A diminuição de infecções por DSTs também mostra que o sexo seguro está a aumentar (Pisani, 1999).

Preocupações

Apesar destes bons resultados, ainda há várias áreas problemáticas na luta do Senegal contra a SIDA, e há áreas da campanha que precisam de ser melhoradas. Uma dessas áreas inclui as comunidades rurais, especialmente aquelas que têm acesso limitado, ou nulo às clínicas de rastreio gratuito, à educação e aos centros de tratamento. Um exemplo é a zona turística de Mbour, localizada a cerca de 150Km de Dakar; cerca de 1% de todos os Senegaleses infectados residem nessa zona, em parte porque não há centros de rastreio e tratamento, e porque o elevado nível de pobreza aumenta a propagação da doença (Tamba-James, 2004). Como parte deste esforço para avaliar a situação no Senegal rural, foi feito um estudo em Niakhal, que comparou os comportamentos em 1997 e em 2003, e que produziu resultados surpreendentes. Descobriu que o número de pessoas, que julgava que o seu risco pessoal de VIH/SIDA era alto, tinha descido de 49,1% para 17,2%; o número de pessoas que dizia ter mudado o seu comportamento tinha descido de 56,3% para 24,9% (Wade, Enel, & Lagarde, 2006). Estes números demonstram que, pelo menos em Niakhal, a atitude de prevenção não foi sustentada, apesar de os níveis de infecção em quatro regiões urbanas terem permanecido estáveis entre 1989 e 1999 (Meda, et al, 1999). Este estudo também demonstrou uma diminuição na fidelidade e na escolha ponderada de parceiros.

Além disso, vários estudos identificaram problemas na parte educativa do programa de prevenção. Para começar, apesar de a maioria das pessoas estar geralmente bem informada acerca do VIH/SIDA e da sua prevenção, ainda há muita desinformação. Por exemplo, num estudo realizado entre 1997 e 1998, demonstraram que um terço da população pensava que podia apanhar o VIH através dos mosquitos (Pisani, 1999). Os programas de educação também parecem não influenciar tanto o comportamento sexual como antes se pensava. Muitos jovens ainda praticam sexo não protegido, os casamentos polígamos ainda são comuns, e as prostitutas clandestinas ainda são frequentes (Tamba-Jean, 2004).

Os grupos de alto risco também ainda precisam de atenção especial. Em particular, os homens que praticam sexo com outros homens e as prostitutas femininas estão especialmente em risco. Ambos os grupos ainda têm altas taxas de infecção por VIH e outras DSTs, em comparação com a população geral. Em relação às prostitutas femininas, mesmo tendo uma prevalência relativamente baixa de VIH/SIDA, esta ainda é cinco vezes mais elevada do que a da população geral (Laurent, 2003). De acordo com um estudo, são necessários programas de intervenção junto dos homens que praticam sexo com outros homens, especialmente devido aos altos níveis de bissexualidade (NewsRx, 2002). A principal preocupação com as prostitutas femininas é que muitas mulheres permanecem fora do sistema, especialmente as que são menores de idade. No entanto, poucas mulheres mencionaram a idade como razão para não se registarem; outras razões incluíam falta de conhecimento do sistema legal, ou recusa. Obviamente, estas mulheres têm de se tornar uma prioridade para o Comité Nacional de Prevenção da SIDA. Algumas sugestões deste estudo incluem: informar as prostitutas acerca da lei e dos procedimentos necessários, ajudar as que se querem registar, abolir ou diminuir a idade legal mínima, e ajudar as mulheres que se recusam a registar (Laurent, 2003).

Há muitos outros assuntos que também dificultam o programa de prevenção. Primeiro, a religião ainda é um obstáculo em algumas situações como, por exemplo, o casamento polígamo (Spira, 2000). Em segundo lugar, a investigação no local está descoordenada. Em terceiro lugar, há duplicação no trabalho realizado pelas ONGs. Em resposta a estes problemas, o governo começou a envolver-se mais em algumas áreas; assumiu o controlo directo do Concelho Nacional da SIDA, que era previamente dirigido por médicos locais (Tamba-Jean, 2004).

Conclusão

Vários estudos demonstraram, que as medidas que o governo Senegalês implementou têm sido eficazes na redução dos níveis de VIH/SIDA. Embora as alterações sociais – como um início mais tardio da actividade sexual e uma redução no sexo extra-conjugal – tenham ajudado a combater o vírus, é difícil imaginar que o sucesso que o Senegal conseguiu tivesse sido possível sem a intervenção do governo. Em particular a promoção do uso do preservativo, e o teste e tratamento de DSTs são duas áreas que mostram bons resultados (Pisani, 1999). No entanto, apesar deste sucesso, ainda há várias áreas preocupantes. As taxas de infecção entre a população rural e entre os grupos de alto risco como as prostitutas femininas e os homossexuais masculinos, demonstram que ainda há muito trabalho que pode ser feito para baixar as taxas de infecção por VIH ainda mais.

Muito deste sucesso é resultado de um planeamento cuidadoso por parte do governo, mas os peritos identificaram alguns aspectos específicos acerca do Senegal que ajudaram a reduzir os níveis de infecção. Primeiro, os líderes políticos criaram um diálogo construtivo entre os líderes religiosos e os líderes das comunidades. Em segundo lugar, havia uma grande participação da comunidade na saúde. Em terceiro lugar, o governo colocou as suas infra-estruturas de saúde em utilização máxima. E em quarto lugar, seguiu uma abordagem pragmática, enfatizando a protecção (Pisani, 1999). Mais importante ainda, o governo tem continuado a reavaliar os programas para identificar as áreas onde pode melhorar e arranjar novas formas de continuar a reduzir a infecção.

Embora outros países Africanos possam não conseguir aplicar todas estas medidas, implementar apenas uma pode ajudar a fazer a diferença.

Bibliografia

- Desclaux, Alice A., et al. 2003. "Access to antiretroviral drugs and AIDS management in Senegal." *AIDS* 17, supplement 3: S95-S101.
- CEDPA/Senegal Office. 2003. *Senegal Youth Assessment Report: The Informal Sector and HIV/AIDS: Prevention Practices and Strategies*. Washington, D.C.: CEDPA.
- Laurent, Christian, et al. 2002. "The Senegalese government's highly active antiretroviral therapy initiative: an 18 month follow up study." *AIDS* 16, no. 10: 1363-1370.
- Meda, Nicolas, et al. 1999. "Low and stable HIV Infection rates in Senegal: natural course of the epidemic or evidence for success of prevention?" *AIDS* 13, no. 11: 1397-1405.
- NewsRx. 2006. "HIV/AIDS Risk Factors; HIV and STI risk factors identified for men who have sex with men in Senegal." *Obesity, Fitness & Wellness Week*. Pg. 813.
- Pisani, Elisabeth. 1999. "Acting early to prevent AIDS: The case of Senegal." Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.
- Spira, Rosemary et al. 2000. "Preventive attitudes towards the threat of AIDS: Process and determinants in rural Senegal." *AIDS Education and Prevention* 12, no. 6: 544-556
- Tamba-Jean Matthew III. 2004. "Senegal Renews Its Campaign Against AIDS." *Contemporary Review* 285, no. 1664: 167-170.
- Wade, A.S., Enel, C., and Lagarde, E. 2006. "Qualitative changes in AIDS preventative attitudes in a rural Senegalese population." *AIDS Care* 18, no. 5: 514-519.
- Laurent, Christian, et al. 2003. "Prevalence of HIV and other sexually transmitted infections, and risk behaviours in unregistered sex workers in Dakar, Senegal." *AIDS* 17, no. 12: 1811-1816.